

L 4 R 1296/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 13 R 3690/09
Datum
17.02.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 R 1296/11
Datum
27.01.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Der Träger eines Krankenhauses, der einen zuvor stationär behandelten Versicherten bis zum Übergang in die Anschlussheilbehandlung weiterhin in stationärer Krankenhausbehandlung mit der Begründung behält, dass der zuständige Rentenversicherungsträger die erforderliche Anschlussheilbehandlung ungebührlich verzögert habe, dass aber eine Entlassung des Versicherten aus haftungsrechtlichen Gründen nicht in Betracht komme, hat aus sozialrechtlichem Herstellungsanspruch, GoÄ oder [§ 11 Abs. 2](#) bzw. Abs. 4 SGB V keinen Anspruch gegen den Rentenversicherungsträger auf Erstattung der Kosten für die weitergehende stationäre Krankenhausbehandlung, deren Zahlung die Krankenkasse verweigert hat.
2. Kosten der stationären Krankenhausbehandlung können - auch bei inhaltlich vergleichbaren Leistungen - nicht im Wege des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs in solche der stationären Reha-Maßnahme umgewandelt werden.

Revision zugelassen.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 17. Februar 2011 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird zugelassen.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird endgültig auf EUR 11.874,62 festgesetzt.

Tatbestand:

Der Kläger, der Träger eines psychiatrischen Krankenhauses, des Zentrums für Psychiatrie Wiesloch (im Folgenden: ZfP), ist, begehrt vom beklagten Rentenversicherungsträger die Erstattung von Kosten für die stationäre Behandlung einer bei der Beklagten gesetzlich rentenversicherten Person aus eigenem sowie von der Frau G. F. (im Folgenden: Versicherte) abgetretenem Recht.

Das ZfP ist eine Facheinrichtung für die psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung und Betreuung von Erwachsenen und ein als solches zur Leistungserbringung der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenes Krankenhaus. Die bei der Beklagten versicherte, am 04. Mai 1966 geborene Versicherte war in der Zeit vom 19. Juni bis 10. Oktober 2007 im ZfP auf Empfehlung ihres Hausarztes wegen eines seit ca. drei Jahren betriebenen problematischen Alkoholkonsums zur stationären Behandlung. Ausweislich des Entlassungsberichts des Arztes K. vom 14. November 2007 erfolgte die Aufnahme und anfängliche Behandlung bis einschließlich 18. Juli 2007 auf der Suchtaufnahmestation 09 des ZfP. Dort wurde Arzt K. zufolge die mäßiggradig ausgeprägte Entzugssymptomatik mit Temazepam in absteigender Dosierung bei insgesamt komplikationslosem Abklingen behandelt. Im Anschluss erfolgte eine weitergehende Behandlung auf der Suchtanschlussstation 06 für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke. Eine reguläre Langzeitentwöhnungsbehandlung sei bei dem anfänglichen Zustandsbild der Versicherten zunächst ausgeschieden. Diese Linie sei als mögliche Perspektive erst realistisch geworden, nachdem im Behandlungsverlauf zunehmende Besserungen im psychischen Bereich hätten erreicht werden können. Auf der Station 06 sei die Klägerin bis zum regulären Abschluss der Behandlung am 10. Oktober 2007, also bis zur direkten Verlegung in die Kliniken Wied zum Antritt einer Langzeit-Entwöhnungsbehandlung, verblieben, wo sie im Rahmen ihrer Möglichkeiten am gesamten therapeutischen Programm (in Form von Gruppen- und Einzelgesprächen, einer psychoedukativ orientierten Infogruppe, eines kognitiven Trainings, von Ergotherapie, Bewegungstherapie, Arbeitstherapie, Küchendienst, Ausgliederungsgruppe u.a.) teilgenommen habe.

Während ihres stationären Aufenthalts wurde für die Versicherte aufgrund Beschlusses des Amtsgerichts Weinheim vom 02. August 2007 Frau B. K.-P. im Rahmen einer einstweiligen Anordnung mit sofortiger Wirkung bis zum 01. Februar 2008 zur Betreuerin für die Bereiche Gesundheit, Aufenthalt und Vermögen bestellt. Mit Beschluss vom 19. September 2007 schränkte das Amtsgericht Weinheim den Aufgabenkreis der Betreuerin auf den Bereich Vermögensvorsorge ein. Hierbei wurde die einstweilige Anordnung vom 02. August 2007 aufgehoben.

Zwischenzeitlich hatte sich die Versicherte für die Durchführung einer Langzeitentwöhnungsbehandlung entschlossen. Sie beantragte daher am 07. August 2007 die Bewilligung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke. Dieser Antrag, mit welchem die Versicherte zugleich den Wunsch äußerte, die Langzeitentwöhnungsbehandlung in der Fachklinik "Das Landhaus" in Wiesloch durchführen zu können, ging am 14. August 2007 zunächst bei der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg in Karlsruhe ein und wurde von dort mit Schriftsatz vom 16. August 2007 an die Beklagte weitergeleitet. Er ging bei der Beklagten am 23. August 2007 ein. Unter demselben Datum legte das ZfP der Beklagten den Sozialbericht psychosoziale Grunddaten vom 08. August 2007 über die Bereitschaft der Versicherten zur Durchführung einer Langzeitentwöhnung vor. Mit Bescheid vom 29. August 2007 bewilligte die Beklagte der Versicherten für einen Zeitraum von voraussichtlich 16 Wochen stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Fachklinik Wilhelmsheim in Oppenweiler.

Mit Schreiben vom 06. September 2007 wandte sich der Kläger an die Beklagte und teilte mit, die Versicherte könne in der Fachklinik Wilhelmsheim voraussichtlich erst Ende Oktober aufgenommen werden. Da sie unbedingt eine nahtlose Verlegung in die Entwöhnungsbehandlung anstrebe, werde um Zuweisung einer Fachklinik gebeten, in welcher die Versicherte in einem Zeitraum von etwa zwei bis drei Wochen aufgenommen werden könnte. Mit Bescheid vom 27. September 2009 erfolgte daraufhin eine Umstellung der Versicherten in die Kliniken Wied. Dort führte die Versicherte vom 10. Oktober 2007 bis 29. Januar 2008 eine stationäre Entwöhnungsbehandlung durch (vgl. den Entlassungsbericht des Dr. S. vom 29. Januar 2008). Auf entsprechenden Antrag bewilligte die Beklagte der Versicherten für einen Anschlusszeitraum mit Bescheid vom 20. Februar 2008 eine ambulante Rehabilitationsnachsorge in der Suchtberatung e.V. Weinheim der Kliniken Wied.

Der Kläger berechnete der Krankenkasse der Versicherten die Kosten der stationären Behandlung der Versicherten vom 19. Juni bis 10. Oktober 2007. Mit Schreiben vom 04. September 2008 wandte sich zunächst die Krankenkasse der Versicherten, die mhplus Betriebskrankenkasse, an die Beklagte und bat um Überweisung eines Betrags in Höhe von EUR 8.163,96 wegen des stationären Aufenthalts der Versicherten in der Zeit vom 18. Juli 2008 bis 10. Oktober 2007. Nach ihren Unterlagen sei die Beklagte für die Übernahme der von Seiten des Klägers in Rechnung gestellten Aufwendungen zuständig. Vorsorglich werde ein eventueller Erstattungsanspruch für künftig anfallende Leistungen geltend gemacht. Die mhplus Betriebskrankenkasse legte Unterlagen zur Krankenhausfallbearbeitung über vom Kläger in Rechnung gestellte Behandlungskosten für die Zeit vom 01. August bis 09. Oktober 2007 vor. Die Beklagte forderte bei der Krankenkasse zwei sozialmedizinische Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) über die Notwendigkeit und Dauer der stationären Krankenhausbehandlung der Versicherten an, namentlich die Gutachten des Dr. L. vom 19. September 2007 sowie des Dr. M. vom 05. August 2008. Auf das Erinnerungsschreiben der Krankenkasse vom 14. Oktober 2008 teilte die Beklagte dieser unter dem 20. Oktober 2010 mit, der geltend gemachte Erstattungsanspruch bezüglich des stationären Aufenthalts der Versicherten in der Zeit vom 18. Juli 2008 bis 10. Oktober 2007 werde zurückgewiesen.

Bereits mit Schriftsatz vom 06. Oktober 2008 hatte sich auch der Kläger an die Beklagte gewandt. Mit diesem und den weiteren Schreiben vom 22. Oktober 2008, vom 23. Januar, vom 06. März und vom 01. Juli 2009 machte der Kläger geltend, dass es im Fall der Krankenhausbehandlung der Versicherten in der Zeit vom 19. Juni bis 10. Oktober 2007 im Zeitraum vom 29. August bis 10. Oktober 2007 durch Verzögerungen, die er (der Kläger) nicht zu vertreten habe, zum Ausfall von Behandlungskosten gekommen sei. Hierfür werde Schadensersatz in Höhe von EUR 8.622,84 geltend gemacht. Nach gründlicher und objektiver Überprüfung sei sein ärztlicher Dienst zu der Überzeugung gelangt, dass die Notwendigkeit der stationären Behandlung noch bis zum 28. August 2007 gegeben gewesen sei. Erst ab diesem Zeitpunkt habe unzweifelhaft Reha-Fähigkeit bestanden. Der weitere stationäre Aufenthalt bei ihm (dem Kläger) sei durch die zögerliche und fehlerhafte Entscheidung durch die Beklagte notwendig geworden. Die Versicherte habe durch das ZfP nicht nach Hause entlassen werden können, weil sonst die schon erfolgte stationäre Krankenhausbehandlung gefährdet worden wäre. Da das ZfP sowohl aus fachlichen als auch aus haftungsrechtlichen Gründen gezwungen gewesen sei, die Versicherte weiter stationär zu behandeln, seien ihm (dem Kläger) auch die entsprechend entstandenen Kosten zu ersetzen. Die Beklagte hätte bei der unmittelbaren Anschlussbehandlung der Versicherten im Rahmen des so genannten Versorgungsmanagements nach [§ 11 Abs. 4 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) mitwirken müssen und habe diese Verpflichtung verletzt, indem sie einen Rehabilitationsplatz erst nach wochenlangem Verzögerung zur Verfügung gestellt habe. Hierdurch sei der schon bezifferte Schaden in Höhe von EUR 8.622,84 entstanden, der durch die Beklagte zu erstatten sei. Der Kläger legte die "Zwischenrechnung stationärer Aufenthalt vom 29. August bis 10. Oktober 2007" mit Rechnungsdatum vom 30. September 2008 über einen Rechnungsbetrag von EUR 8.622,84 vor. Als Leistungen sind dort aufgeführt jeweils zweimal "200 BA Erwachsenen Psychiatrie Basispflegesatz" und "2950 ABT Abteilungspflegesatz Suchttherapie" (Anzahl jeweils 42 Tage). Er fügte überdies seinen Schriftverkehr mit der Krankenkasse der Versicherten bei. Mittlerweile habe die Krankenkasse die ursprünglich übernommenen Krankenhausbehandlungskosten für die Versicherte mit anderen Kosten wieder verrechnet; der geltend gemachte Rechnungsbetrag sei daher wieder offen. Dies wurde auf entsprechende Anfrage der Beklagten durch die Krankenkasse der Versicherten bestätigt.

Die Beklagte wandte hiergegen mit Schriftsätzen vom 02. März 2009 sowie vom 29. Juli 2009 ein, bei der stationären Behandlung der Versicherten handle es sich nicht um eine durch den Rentenversicherungsträger zu erbringende Rehabilitationsleistung, sondern vielmehr um eine akute stationäre Krankenhausbehandlung, wie sie von den Krankenkassen gewährt werde. Eine Kostenübernahme der vom 18. Juli bis 10. Oktober 2007 durchgeführten stationären Krankenhausbehandlung durch sie könne somit nicht erfolgen.

Mit Abtretungsvertrag vom 11. September 2009 trat die Versicherte sämtliche Ansprüche "gegen 1. die Deutsche Rentenversicherung Bund sowie 2. die BKK mhplus wegen der stationären Krankenhausbehandlung im Psychiatrischen Zentrum Nordbaden für die Zeit vom 29. August 2007 bis zum 09. Oktober 2007" an den Kläger ab.

Am 30. Oktober 2009 erhob der Kläger zum Sozialgericht Mannheim (SG) Klage. Er begehrte zunächst die Verurteilung der Beklagten zur Erstattung des zuvor geltend gemachten Betrags von EUR 8.622,84 zuzüglich Zinsen, bezogen auf die Zeit vom 29. August bis 09. Oktober 2007. Im Verlauf des Klageverfahrens erhöhte er seine Forderung auf einen Betrag von EUR 11.874,62 (Kosten der stationären Behandlung

für die Zeit vom 10. August bis 10. Oktober 2007). Er verlange aus eigenem, aber auch aus abgetretenem Recht die Erstattung der stationären Krankenhausbehandlungskosten für die Zeit vom 10. August bis 10. Oktober 2007. Die gesetzliche Krankenversicherung habe die Behandlungskosten für die stationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten nur bis zum 08. August 2007 übernommen. Die Versicherte sei nämlich spätestens ab diesem Tag rehabilitationsfähig gewesen. Sie habe an diesem Tag auch ihren Antrag auf eine mehrwöchige Entwöhnungsbehandlung gestellt. Auf diesen Antrag, der über seinen (des Klägers) Sozialdienst vermittelt worden sei, habe die Beklagte telefonisch Kostenzusage für eine 16-wöchige Entwöhnungsbehandlung in der Fachklinik Wilhelmsheim erteilt. Auf telefonische Nachfrage des Sozialdienstes sei von der Fachklinik Wilhelmsheim zunächst mitgeteilt worden, dass von einer ca. dreiwöchigen Wartezeit auszugehen sei, am 05. September 2007 sei ihm (dem Kläger) ein Aufnahmetermin in der Zeit von Mitte bis Ende Oktober 2007 genannt worden. Am nächsten Tag habe die Beklagte auf telefonische Nachfrage mitgeteilt, dass eine Belegung der Fachklinik "Das Landhaus", die von ihm (dem Kläger) getragen werde, nicht in Frage komme, da dieses keine Belegklinik der Beklagten sei. Am 12. September 2007 habe die Beklagte angegeben, dass über den Antrag auf Zuweisung einer anderen Fachklinik noch nicht entschieden worden sei, fünf Tage später habe sie eine Entscheidung gegen Ende der Woche angekündigt. Am 24. September 2007 habe die Beklagte mitgeteilt, dass man nicht vorhersagen könne, bis wann mit einer Entscheidung über den Umänderungsantrag zu rechnen sei. Auch in der Folge sei es zu Verzögerungen gekommen. Die Versicherte habe das ZfP schließlich erst am 08. Oktober 2007 zur Rehabilitationsbehandlung in die Kliniken Wied verlassen können, obwohl sie schon am 08. August 2007 rehabilitationsfähig gewesen sei. Seit der Kostenzusage im Telefonat vom 24. August 2007, spätestens jedoch seit ihrem Bescheid vom 29. August 2007 sei die Beklagte für die bei ihm (dem Kläger) in der Folge entstandenen stationären Krankenhausbehandlungskosten haftbar. Die Versicherte habe nicht entlassen werden können, ohne den Behandlungserfolg zu gefährden. Dies ergebe sich aus dem Sozialmedizinischen Gutachten von Dr. M ... Dabei habe er (der Kläger) auf der Suchtstation derzeit eine Belegungsquote von 110 %. Das bedeute, dass der Platz der Versicherten in jedem Falle belegt gewesen und nicht etwa freigeblichen wäre. Die Versicherte sei nicht aus wirtschaftlichen Gründen auf der Station behalten worden. Es wäre sogar in seinem (des Klägers) Interesse gewesen, die Versicherte möglichst früh zu entlassen, denn der über 100 % hinausgehende Mehrerlös werde aus dem Budget des Folgejahres verrechnet. Die weitere Verweildauer über den 08. August 2007 gehe einerseits darauf zurück, dass die Beklagte nicht bereit gewesen sei, den freien Reha-Platz in seiner (des Klägers) Reha-Klinik "Das Landhaus" zu nutzen, sowie andererseits darauf, dass am 24. August 2007 eine telefonische Kostenzusage für eine 16-wöchige Entwöhnungsbehandlung in der Fachklinik Wilhelmsheim erteilt worden sei, es in der Folge jedoch zu Verzögerungen bezüglich der Zuweisung gekommen sei. Nur aufgrund dieser Verzögerungen seien die jetzt eingeklagten Krankenhausbehandlungskosten für die Belegung des stationären Krankenhausplatzes bei ihm entstanden. Dadurch habe sich die Beklagte pflichtwidrig verhalten. Auf der Grundlage des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs habe sie die ihm (dem Kläger) entstandenen Kosten zu erstatten. Dass die Betreuerin der Versicherten vorliegend untätig geblieben sei, ändere daran nichts. Diese habe keine Verpflichtung gehabt, aktiv zu werden. Zudem sei die Klage aufgrund des abgetretenen Rechts der Versicherten begründet. Diese habe einen eigenen Anspruch auf Versorgungsmanagement. [§ 11 Abs. 4 SGB V](#) statuiere einen Anspruch bezüglich der Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche, also z. B. beim Übergang von der stationären Krankenhausbehandlung in die ambulante fachärztliche Behandlung. Das Ziel dieses Versorgungsmanagements sei es, einen reibungslosen Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege zu gewährleisten. Die Versicherte habe also einen Anspruch gegen die Beklagte auf eine zielgerichtete und effiziente Organisation des Übergangs in die Rehabilitationsbehandlung gehabt. In einer Situation wie der vorliegenden, in welcher eine Reha-Fähigkeit vorliege, allerdings noch kein Platz in einer Einrichtung vorhanden sei, habe mit Blick auf [§ 11 Abs. 4 SGB V](#) sowie [§ 12 Abs. 1 Nr. 1](#) und 6 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX), aber auch aufgrund von [§ 11 Abs. 2 SGB V](#), die Beklagte die Kosten für den stationären Zwischenaufenthalt zu tragen.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Bei der stationären Behandlung handele es sich nicht um eine Rehabilitationsleistung im Sinne des Rentenversicherungsträgers, sondern um eine akute stationäre Krankenhausbehandlung. Es sei bis Oktober 2007 strittig gewesen, ob bei der Versicherten Rehabilitationsleistungen oder eine stationäre Behandlung erforderlich gewesen seien. Zudem lasse sich dem Ablauf der Bewilligung einer Reha-Maßnahme für die Versicherte keine Pflichtverletzung entnehmen. Sie (die Beklagte) sei nicht gezwungen gewesen, eine Rehabilitationsleistung in der Einrichtung des Klägers zu genehmigen. Der Rentenversicherungsträger bestimme im Einzelfall Art, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen zur Rehabilitation sowie die Rehabilitationseinrichtung unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit nach pflichtgemäßem Ermessen. Vielmehr habe man sich beim Bewilligungsbescheid für eine Rehabilitationseinrichtung entschieden, mit der ein Belegungsvertrag bestanden habe.

Mit Urteil vom 17. Februar 2011 wies das SG die Klage ab. Der Kläger könne keine eigenen Ansprüche herleiten. Es liege zwar eine Pflichtverletzung der Beklagten vor, diese führe aber nicht dazu, dass die geltend gemachten Kosten im Wege des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs zu übernehmen seien. Die Pflichtverletzung sei vorliegend darin zu sehen, dass die Beklagte den Anforderungen aus [§ 11 Abs. 4 SGB V](#) nicht entsprochen habe. Sie habe nicht im Sinne eines nahtlosen Versorgungsmanagements schnellstmöglich einen Reha-Platz für die Versicherte bereitgestellt. An dieser Pflichtverletzung ändere auch nichts, dass dem Rentenversicherungsträger grundsätzlich ein Ermessen bei der Auswahl des Reha-Trägers zukomme. Vorliegend sei von der Beklagten die Überstellung der Versicherten in die Reha-Einrichtung des Klägers allein deshalb abgelehnt worden, weil kein Vertrag mit dieser Einrichtung bestanden habe. Offensichtlich sei also in die Abwägungsentscheidung nicht mit einbezogen worden, dass die Beklagte einen Platz in einer von ihr selbst belegten Einrichtung nicht rechtzeitig habe anbieten können. Hier habe eine Ermessensreduktion auf Null vorgelegen, so dass sich die Entscheidung der Beklagten unter Berücksichtigung von [§ 11 Abs. 4 SGB V](#) als ermessensfehlerhaft erweise. Allerdings ergebe sich aus dieser Pflichtverletzung nicht, dass dem Kläger der geltend gemachte Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten zuzusprechen wäre. Denn ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch komme nicht in Betracht. Die Rechtsfolgen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs gingen auf die Herstellung desjenigen Zustands, der eingetreten wäre, wenn sich die Verwaltung nicht rechtswidrig verhalten hätte. Die Herstellung eines solchen Zustands sei vorliegend aber weder möglich noch gewünscht. Es solle nicht der Hauptanspruch erfüllt werden. Es gehe auch nicht um die Umwandlung eines Sachleistungs- oder einen Kostenerstattungsanspruch, weil vom Kläger ja gerade nicht die Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung verlangt würden. Der sozialrechtliche Herstellungsanspruch sei aber ausschließlich auf die Vornahme einer Amtshandlung gerichtet. Damit sei über ihn die Gewährung von Schadensersatz im Sinne einer Kompensationsleistung in Geld ausgeschlossen. Für den Schadensersatzanspruch seien nicht die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit, sondern die Zivilgerichte zuständig. Insoweit habe die Kammer nicht darüber zu befinden, ob wegen des Verhaltens der Beklagten ein derartiger Amtshaftungsanspruch gegeben sein könne. Daran ändere auch die Regelung des [§ 202](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) i. V. m. [§ 17 Abs. 2 Satz 1](#) Gerichtsverfassungsgesetz (GVG) nichts. Der geltend gemachte Anspruch ergebe sich auch nicht aus einer positiven Forderungsverletzung der Beklagten. Dieses rechtlich anerkannte und in [§ 280](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) niedergelegte Rechtsinstitut betreffe alle Pflichtverletzungen im Rahmen eines vertraglichen oder gesetzlichen Schuldverhältnisses, die nicht zu Unmöglichkeit oder Verzug der Leistung führten und deren Folgen nicht von den gesetzlichen Gewährleistungsvorschriften erfasst würden. Die Grundsätze der positiven

Forderungsverletzung gälten zwar sinngemäß auch für öffentlich-rechtliche Sonderbeziehungen, sofern diese privatrechtlichen Schuldverhältnissen vergleichbare Leistungs- und Obhutsbeziehungen zum Gegenstand hätten. Voraussetzung hierfür sei aber ein besonders enges Verhältnis des Einzelnen zur Verwaltung, bei dem mangels gesetzlicher Regelung ein Bedürfnis nach einer angemessenen Verteilung der Verantwortung innerhalb des öffentlichen Rechts gegeben sei. Vorliegend habe jedoch zwischen dem Kläger selbst und der Beklagten kein solches Verhältnis bestanden. Der Kläger könne den geltend gemachten Zahlungsanspruch auch nicht aus [§ 11 Abs. 2 SGB V](#) herleiten. Diese Norm beziehe sich auf die in den [§§ 40 bis 43 SGB V](#) geregelten Leistungen und stelle klar, dass auch diese vom Katalog der Leistungen umfasst würden, die die gesetzliche Krankenversicherung zu erbringen habe. Es würden insoweit lediglich die Leistungsarten spezifiziert. Schließlich komme aus eigenem Recht auch ein Anspruch nach [§ 103 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch \(SGB X\)](#) nicht in Betracht. Der Kläger sei schon kein Leistungsträger im Sinne dieser Vorschrift. Auch aus der Abtretungsvereinbarung mit der Versicherten könne der Kläger keine Ansprüche herleiten. Der Versicherten stünden keine Ansprüche gegen den Rentenversicherungsträger zu, die es (das SG) zu prüfen hätte. Die Versicherte könne den geltend gemachten Zahlungsanspruch weder aus dem Institut des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs herleiten, noch aus einer positiven Forderungsverletzung. Schließlich ergäben sich die Rechte und Pflichten zwischen der Versicherten und dem Rentenversicherungsträger unmittelbar aus dem Gesetz. Es liege keine vertragsähnliche Sonderbeziehung zwischen der Versicherten und der Beklagten vor, sondern ein gesetzliches Rentenversicherungsverhältnis nach Maßgabe der Vorschriften des Sozialgesetzbuchs Sechstes Buch (SGB VI). Inwieweit die Versicherte einen Amtshaftungsanspruch geltend machen könne, sei vorliegend nicht zu prüfen.

Gegen dieses ihm am 04. März 2011 zugestellte Urteil hat der Kläger am 29. März 2011 zum Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Es sei nicht richtig, dass der sozialrechtliche Herstellungsanspruch ausschließlich auf die Vornahme einer Amtshandlung gerichtet sei. Es sei auch nicht richtig, dass über ihn die Gewährung von Schadensersatz im Sinne einer Kompensationsleistung in Geld ausgeschlossen sei. Das SG habe überzeugend herausgearbeitet, dass die Beklagte verpflichtet gewesen wäre, jedenfalls bis zum Eintreten des von ihr bevorzugten Leistungsträgers seine (des Klägers) Reha-Leistungen in Anspruch zu nehmen. Dies hätte der richtigen Sach- und Rechtslage entsprochen. Im Rahmen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs habe die Beklagte als Minus die ihm (dem Kläger) tatsächlich entstandenen Kosten zu übernehmen; dies entspreche dem ihm entstandenen Schaden. Es sei zwar richtig, dass er (der Kläger) formal Kostenerstattung für eine Krankenhausbehandlung im Sinne einer Weiterbehandlung der Versicherten verlange. Damit sei jedoch nicht gesagt, dass durch die bloße Zuordnung bzw. Einordnung als Leistung nach dem SGB V ein Ausschluss im Rahmen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs gegeben sei. Vielmehr habe er (der Kläger) durchaus Leistungen erbracht, die von der Beklagten zu erbringen bzw. wenigstens zu bezahlen gewesen seien. Die von ihm im hier streitigen Zeitraum erbrachten Leistungen einer vollstationären Krankenhausbehandlung auf der Station 06 (die Leistungen durch die Ärzte, den Sozialdienst, das Pflegepersonal, das Personal für Psychotherapie, aber auch Arbeitstherapie, Ergotherapie, daneben die Leistungen der Unterbringung und Verpflegung) hätten alle Bestandteile einer Reha-Behandlung umfasst; sie sei intensiver als eine Reha-Maßnahme und unterscheide sich letzten Endes von dieser nur dadurch, dass erstere unter ständiger ärztlicher Aufsicht und Kontrolle stattfinde. Die Rehabilitationsbehandlung, die die Versicherte zur Suchtentwöhnung benötigt habe, stelle also ein Minus zur tatsächlich erhaltenen Leistung dar. Sowohl bei der vollstationären Krankenhausbehandlung als auch bei der Reha-Behandlung werde eine multimodale und interdisziplinäre Behandlung durchgeführt. Die dazu erforderlichen personellen und strukturellen Gegebenheiten seien in beiden Behandlungsformen vorhanden, bei der vollstationären Krankenhausbehandlung aber ergänzt durch den höheren Anteil der Betreuung insbesondere durch Ärzte. Im Krankenhaus sei eine kontinuierliche pflegerische Präsenz auf jeder Station und eine 24 stündige ärztliche Präsenz gewährleistet. Das sei in reinen Entwöhnungseinrichtungen nicht der Fall. Das Argument, dass er (der Kläger) keine Leistungen nach dem SGB VI habe erbringen können oder solche nach dem SGB V nicht in solche nach dem SGB VI umgewandelt werden könnten, sei daher nicht tragfähig. Es gehe hier um eine inhaltlich zu beschreibende Leistung, die er für bzw. anstelle der Beklagten erbracht habe. Im Übrigen sei er (der Kläger) eine Einrichtung im Sinne des [§ 15 Abs. 2 SGB VI](#), mit der ein Vertrag nach [§ 21 SGB IX](#) bestehe. Vor diesem Hintergrund sei es nicht richtig, einen Direktanspruch auf Kostenersatz von vornherein auszuschließen. Auch die Versicherte habe einen Direktanspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach [§ 15 SGB VI](#). Sie habe sich solche Leistungen selbst beschaffen müssen. Entsprechend dem Urteil des LSG Berlin vom 26. Juni 2000 ([L 1 RA 50/98 in juris](#)) seien daher die selbst beschafften Leistungen den Kosten nach zu übernehmen bzw. sei hierüber wenigstens ermessensfehlerfrei zu entscheiden. Daran, dass er (der Kläger) direkte Ansprüche gegen die Versicherte habe, könne kein Zweifel bestehen. Es sei anerkannt, dass zwischen Patient und Krankenhaus ein Behandlungsvertrag unabhängig von der Kostenübernahme durch die Sozialversicherung zustande komme. Darüber hinaus sei der Versicherten auch ein Schaden entstanden. Schon die Behandlung mit der Folge des Entstehens einer Verbindlichkeit sei ein zu ersetzender Schaden, und zwar auch dann, wenn die behandelte Person weder Vermögen noch Einkommen habe und daher nicht leistungsfähig sei. Im Übrigen bewirke die Abtretung des Freihaltungsanspruchs der Versicherten an ihn (den Kläger) dessen Übergang in einen Geldanspruch. Das gelte auch für die Überleitung eines Anspruchs auf den Sozialhilfeträger. Auch die Ablehnung von Schadensersatzansprüchen aus [§ 11 Abs. 4 SGB V](#) sei rechtsfehlerhaft. Es handle sich hierbei um eine gesetzlich geregelte Hauptpflicht. Dies ergäben Wortlaut und Systematik der Regelung. Inhaltlich bewirke die Verpflichtung zum Zusammenwirken eine Nähebeziehung, die gesetzlich ausgestaltet sei. Die gesetzliche Hauptleistungspflicht habe die Beklagte verletzt. Aus der Tatsache, dass die Beklagte ihn (den Kläger) wochenlang, und dies auch noch sehenden Auges trotz mehrfacher Aufforderung zu handeln, hingehalten habe, sei ein Verschulden in der Form des Vorsatzes ableitbar. Der Beklagten sei in vollem Umfang bewusst gewesen, dass eine nahtlose Anschlussbehandlung notwendig gewesen sei und die Versicherte nicht einfach nach Hause habe entlassen werden können. Im Übrigen werde auf den Beschluss des Großen Senats des Bundessozialgerichts (BSG) 25. September 2007 (GS 1/07 [SozR 4-2500 § 39 Nr. 10](#)) hingewiesen. Der Große Senat führe dort die Regelung des [§ 11 Abs. 4 SGB V](#) gerade als Begründung dafür an, dass Kosten für die stationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung von den Krankenkassen nur übernommen werden könnten, wenn diese aus medizinischen Gründen erforderlich seien. Die beteiligten Leistungserbringer und Leistungsträger müssten zusammenwirken, damit eine lückenlose Behandlung des Versicherten entstehe und so die Übernahme von Kosten, die nicht aus medizinischen Gründen erforderlich seien, durch die Krankenkassen vermieden werden könnten. Diese Entscheidung des Großen Senats des BSG vom 25. September 2007 sei in der Literatur nicht ohne Widerspruch geblieben. Insbesondere werde befürchtet, dass die Krankenhäuser ihre Patienten nun trotz Fehlens einer konkreten Weiterbehandlungsmöglichkeit vorzeitig entlassen würden, wodurch die Gefahr einer erheblichen Gesundheitsverschlechterung entstehe. Weder der Große Senat des BSG noch der 3. Senat des BSG in seinem Urteil vom 10. April 2008 ([B 3 KR 20/07 R SozR 4-2500 § 39 Nr. 15](#)) verschlossen sich dabei der Erkenntnis, dass im Vordergrund der Diskussion immer der Anspruch des Versicherten auf umfassende Krankenbehandlung stehen müsse. Es gehe also nicht um die mögliche Verkürzung des Anspruchs des Versicherten auf Krankenbehandlung, sondern allein darum, wer die Kosten dafür trage, dass eine zwar noch kranke, aber nicht mehr krankenhausbearbeitungsbedürftige versicherte Person nicht auf die Straße gesetzt werde, wenn deren Unterkunft oder Unterbringung noch nicht gesichert sei. Handle es sich um wirtschaftlich nicht leistungsfähige Versicherte, dann habe der Sozialhilfeträger für die Kosten der die häusliche Umgebung ersetzenden Unterbringung aufzukommen ([§ 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX](#)).

Entsprechendes gelte für die übrigen in [§ 6 Abs. 1 SGB IX](#) genannten Rehabilitationsträger. Für den Bereich der GKV habe der Gesetzgeber diese Pflicht der Leistungsträger zur Zusammenarbeit in [§ 11 Abs. 4 SGB V](#) noch einmal konkretisiert. Danach hätten Versicherte Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Ziel dieses Versorgungsmanagements sei der reibungslose Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege. All dies setze aber voraus, dass die Beteiligten auch mitspielten und nicht wie hier geschehen blockierten. Im vorliegenden Fall habe die Versicherte nicht nach Hause entlassen werden können, sie sei aber im hier interessierenden Zeitraum schon rehafähig gewesen. Damit sei es nicht richtig, ihn (den Kläger) auf Kosten sitzen zu lassen, die die Beklagte verursacht habe. Insoweit könne sogar dahinstehen, ob man diese Pflicht nun darauf stütze, dass ihm (dem Kläger) selbst Ansprüche aus der Kooperationsverpflichtung der Beklagten zustünden oder ob diese eben aus abgetretenem Recht herrührten. In jedem Falle sei der Rechtsweg zu den Sozialgerichten aber auch hinsichtlich eines Amtshaftungsanspruchs eröffnet, weil der einheitliche Sachverhalt einheitlich entschieden werden müsse. Da direkte Leistungsansprüche vorrangig zu prüfen seien, sei nach [§ 17 Abs. 2 GVG](#) über den Rechtsweg unter allen in Betracht kommenden rechtlichen Gesichtspunkten zu entscheiden.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 17. Februar 2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an ihn EUR 11.874,62 zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 02. März 2009 zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Rentenversicherungsträger seien an den Formen des Versorgungsmanagements im Sinne des [§ 11 Abs. 4 SGB V](#) nicht beteiligt und könnten auch nicht entsprechend verpflichtet werden. Dies gelte auch für Modelle der integrierten Versorgung. Für die Rentenversicherungsträger seien allein die Regelungen der [§§ 13, 15 SGB VI](#) sowie 9 und 21 SGB IX maßgebend. Eine Pflichtverletzung sei daher weder nachgewiesen noch ersichtlich. Im Übrigen habe der Kläger selbst mitgeteilt, dass er für die Versicherte im Zeitraum vom 10. August bis 10. Oktober 2007 eine Krankenhausbehandlung erbracht habe. Eine solche Behandlung möge Bestandteile enthalten, die auch für eine stationäre Rehabilitationsleistung typisch seien. Dies führe jedoch nicht dazu, dass die Leistung insgesamt mit einer Reha-Leistung vergleichbar sei. Daher falle die Leistung nicht in den Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherungsträger. Mit Schreiben vom 06. September 2007 habe der Kläger sie (die Beklagte) gebeten, für einen nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung in eine stationäre Rehabilitation in einem Zeitraum von zwei bis drei Wochen Sorge zu tragen. Insofern sei der Kläger offenbar selbst davon ausgegangen, dass Rehabilitationsfähigkeit erst ab Ende September 2007 vorliegen werde. Von einer sich über Monate hinziehenden Entscheidungsfindung und Bekanntgabe der geeigneten Reha-Einrichtung könne schließlich keine Rede sein. Weshalb der Kläger Kostenerstattung ab dem 09. August 2007 fordere, erschließe sich bei dieser Sachlage nicht. Wie das SG im Übrigen zutreffend festgestellt habe, bestünden zwischen dem Kläger und ihr keine Rechtsbeziehungen. Ein Anspruch aus einer positiven Forderungsverletzung bestehe daher nicht.

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten sowie der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten und die Gerichtsakten in beiden Instanzenzügen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig, in der Sache jedoch nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Dem Kläger steht gegen die Beklagte ein Anspruch auf Bezahlung eines Betrags in Höhe von EUR 11.874,62 als Erstattung von Kosten oder als Schadensersatz für die stationäre Behandlung der Versicherten in der Zeit vom 10. August bis zum 10. Oktober 2007 weder aus eigenem noch aus von der Versicherten abgetretenem Recht zu.

1. Der Kläger hat mit der erhobenen echten Leistungsklage im Sinne des [§ 54 Abs. 5 SGG](#) die richtige Klageart gewählt. Die Beklagte ist weder berechtigt noch verpflichtet, über das Bestehen und die Höhe des von einem Krankenhausträger wegen der Krankenhausbehandlung eines Versicherten geltend gemachten öffentlich-rechtlichen Zahlungsanspruch durch Verwaltungsakt zu entscheiden (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 12. Januar 2010 - [B 2 U 28/08 R - BSGE 105, 210](#) ff.). Ein solcher ist auch nicht ergangen. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (BSG, Urteil vom 18. September 2008 - [B 3 KR 15/07 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 11](#)). Der Kläger hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert.

2. Der Kläger begehrt Ersatz für die im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt der Versicherten im ZfP in der Zeit vom 10. August bis 10. Oktober 2007 entstandenen Kosten in Höhe von EUR 11.874,62. Er kann indes gegen die Beklagte einen Anspruch hierauf weder aus eigenem (dazu a) noch aus abgetretenem Recht der Versicherten (dazu b) ableiten.

a) Es ergeben sich keine Ansprüche des Klägers auf Bezahlung des geltend gemachten Betrags gegen die Beklagte aus eigenem Recht. Zwischen den Beteiligten bestanden keinerlei vertragliche Beziehungen; der Kläger hatte im hier streitigen Zeitraum keinerlei Vereinbarung über die Erbringung von Reha-Leistungen zu Lasten der Beklagten geschlossen. Ihm steht ein Zahlungsanspruch aber auch weder aus dem Rechtsinstitut der positiven Forderungsverletzung (dazu aa), noch auf der Grundlage von [§ 11 Abs. 2 SGB V](#) oder [§ 11 Abs. 4 SGB V](#) (dazu insgesamt bb) zu. Der Kläger kann die Bezahlung aber auch nicht auf der Grundlage eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs (dazu cc) oder einer Geschäftsführung ohne Auftrag (im Folgenden: GoA, dazu dd) beanspruchen. Über einen Anspruch auf Schadensersatz aufgrund einer Amtspflichtverletzung der Beklagten hatte der Senat zuständigkeitshalber nicht zu entscheiden (dazu ee).

aa) Der Kläger kann die Bezahlung eines Betrags von EUR 11.874,62 nicht als Schadensersatzanspruch aufgrund einer positiven Forderungsverletzung der Beklagten herleiten. Unter dieses gewohnheitsrechtlich anerkannte und nunmehr in [§ 280 BGB](#) kodifizierte Rechtsinstitut fallen alle Pflichtverletzungen im Rahmen eines vertraglichen oder gesetzlichen Schuldverhältnisses, die nicht zur Unmöglichkeit oder zum Verzug der Leistung führen und deren Folgen nicht von den gesetzlichen Gewährleistungsvorschriften erfasst werden. Die vom Schuldner zu vertretene Verletzung derartiger Nebenpflichten begründet für den anderen Partner des Schuldverhältnisses

einen Schadensersatzanspruch. Diese Grundsätze der positiven Forderungsverletzung gelten zwar sinngemäß auch für öffentlich-rechtliche Sonderbeziehungen, sofern diese privatrechtlichen Schuldverhältnissen vergleichbare Leistungs- und Obhutsbeziehungen zum Gegenstand haben (vgl. BSG, Urteil vom 27. Januar 2000 - [B 12 KR 10/99 R - SozR 3-2400 § 28h Nr. 11](#)). Voraussetzung hierfür ist aber ein "besonders enges Verhältnis" des Einzelnen zur Verwaltung, bei dem mangels gesetzlicher Regelung ein Bedürfnis nach einer angemessenen Verteilung der Verantwortung innerhalb des öffentlichen Rechts vorliegt (vgl. BSG a.a.O.). Vorliegend war eine solche öffentlich-rechtliche Sonderbeziehung zwischen den Beteiligten nicht gegeben.

Nach den Regelungen der [§ 9 ff. SGB VI](#) i.V.m. dem [SGB IX](#) kann nur ein Versicherter, nicht jedoch der Träger eines behandelnden Akutkrankenhauses Ansprüche auf die Gewährung einer zeitnahen medizinischen Anschluss-Reha-Leistung gegen den Rentenversicherungsträger eines Versicherten herleiten. Das Gesetz sieht auch im Übrigen keinerlei gegenseitige Verpflichtungen zwischen dem Träger eines Akutkrankenhauses und einem Rentenversicherungsträger als Leistungsträger einer medizinischen Reha-Maßnahme vor. Insbesondere ergibt sich ein solches Näheverhältnis nicht nach Maßgabe der Regelungen des [§ 11 SGB V](#). Denn weder durch die Regelung des [§ 11 Abs. 2 SGB V](#) noch durch diejenige des [§ 11 Abs. 4 SGB V](#) werden Beziehungen irgendeiner Art zwischen einem Leistungserbringer im System der gesetzlichen Krankenversicherung und einem Rentenversicherungsträger begründet. Nach [§ 11 Abs. 2 SGB V](#) haben Versicherte auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Satz 1). Leistungen der aktivierenden Pflege nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit werden von den Pflegekassen erbracht (Satz 2). Die Leistungen nach Satz 1 werden unter Beachtung des Neunten Buches erbracht, soweit in diesem Buch nichts anderes bestimmt ist (Satz 3). Allgemeiner Zweck dieser Regelung ist die Klarstellung, dass Leistungen der (medizinischen) Reha auch im System der gesetzlichen Krankenversicherung (also gerade nicht nur der Rentenversicherung) gewährt werden. Satz 2 der Regelung grenzt Reha-Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber der Pflegeversicherung ab. Satz 3 bestimmt, dass sich die Ausführungen der Leistungen der Reha nach dem [SGB IX](#) richten, soweit das [SGB V](#) hierfür keine eigenen Vorschriften zur Verfügung stellt (vgl. zum Ganzen z.B. Höfler, in: Kass Komm, [§ 11 SGB V](#) Rn. 18 ff. mit weiteren Nachweisen). Nach [§ 11 Abs. 4 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst (seit 01. Januar 2012) auch die fachärztliche Anschlussversorgung (Satz 1). Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen (Satz 2). Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen (Satz 3). In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach [§ 7a Sozialgesetzbuch Elftes Buch \(SGB XI\)](#) zu gewährleisten (Satz 4). Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen (Satz 5). Soweit in Verträgen nach den [§§ 140a bis 140d SGB V](#) nicht bereits entsprechende Regelungen vereinbart sind, ist das Nähere im Rahmen von Verträgen (bis 31. Dezember 2011 nach [§ 112](#) oder [§ 115 SGB V](#) oder in vertraglichen Vereinbarungen) mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung und mit Leistungserbringern nach dem [SGB XI](#) sowie mit den Pflegekassen zu regeln (Satz 6). Eine Abgrenzung oder Beziehung zu den Trägern der Rentenversicherung wird durch diese Vorschrift folglich von vornherein gar nicht in den Blick genommen. Die Regelung des [§ 11 Abs. 4 SGB V](#) richtet sich ihrem eindeutigen Wortlaut nach nur an die verschiedenen Leistungserbringer, nicht an die dahinterstehenden Leistungsträger. Unabhängig davon also, ob mit dieser Vorschrift überhaupt Leistungserbringer der gesetzlichen Rentenversicherung angesprochen sind (die Regelung des [§ 11 SGB V](#) ist Bestandteil des Kapitels der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und nimmt in Abs. 4 Satz 6 ausdrücklich nur Leistungserbringer der gesetzlichen Krankenversicherung und nach dem [SGB XI](#) in Bezug; dass anderes gewollt war, lässt sich auch der vom SG zitierten Gesetzesbegründung zu dieser Regelung nicht entnehmen), könnte sie allenfalls die jeweilige Reha-Klinik als Leistungserbringer der gesetzlichen Rentenversicherung verpflichten, eigeninitiativ auf den Versicherten zuzugehen, nicht dagegen den dahinterstehenden Leistungsträger. Nach [§ 11 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) sind überdies die Krankenkassen, nicht dagegen die Rentenversicherungsträger in der Pflicht zur Unterstützung der Versicherten beim Versorgungsmanagement. Anhaltspunkte dafür, dass durch diese Regelung ein besonderes Näheverhältnis unmittelbar der Leistungserbringer der gesetzlichen Krankenversicherung zu Leistungsträgern der gesetzlichen Rentenversicherung begründen sollen, ergeben sich daher insgesamt nicht. Diese Rechtsauffassung wird im Übrigen durch die Neuregelung des [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) aufgrund des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 28. Dezember 2012 (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG, in Kraft getreten zum 01. Januar 2012, BGBl I 2011 Nr. 70, S. 2983) bestärkt. Denn durch dieses Gesetz wird der Anspruch gegenüber den Krankenhäusern und entsprechend gegenüber der Krankenversicherung, nicht dagegen gegenüber anderen Leistungsträgern ausgeweitet (vgl. dazu [BT-Drucks. 17/6909, S. 55](#)).

Auch aus [§ 86 SGB X](#) vermag der Kläger ein besonderes vertragsähnliches Näheverhältnis zwischen sich selbst und der Beklagten nicht herzuleiten. Diese Regelung verpflichtet die Leistungsträger und die im [SGB](#) genannten öffentlich-rechtlichen Vereinigungen zur engen Zusammenarbeit. Ausdrücklich nicht Adressaten dieser Regelungen sind daher die einzelnen Leistungserbringer oder deren (privatrechtlich organisierte) Vereinigungen (vgl. dazu z.B. Seewald, in KassKomm, [§ 86 SGB X](#) Rn. 73 ff.). Dementsprechend sehen auch die [§§ 102 ff. SGB X](#) nur Erstattungsansprüche unter den Leistungsträgern vor, nicht dagegen zwischen einem Leistungserbringer innerhalb eines Zweiges der Sozialversicherung gegenüber dem Träger eines anderen Sozialversicherungszweiges.

Insgesamt wird anhand dieses Regelungssystems deutlich, dass ein besonderes Näheverhältnis eines Krankenhausträgers zu den Leistungserbringern der gesetzlichen Rentenversicherung nicht gesetzlich vorgesehen ist. Nach Maßgabe des [§ 11 Abs. 4 SGB V](#) sind ausdrücklich (nur) die Krankenkassen in der Pflicht, zugunsten einer (im Regelfall gesetzlich krankenversicherten) Person am Versorgungsmanagement zwischen den Leistungserbringern mitzuwirken. Außerhalb des [SGB V](#) wird durch das Gesetz nur eine Abstimmung zwischen den verschiedenen Leistungsträgern, nicht -erbringern begründet. Wie sich anhand der [§§ 14, 15 SGB IX](#) ergibt, ist der vom Gesetzgeber vorgegebene Weg zur Erzwingung einer schnellen Entscheidung des Rentenversicherungsträgers ein anderer. Der Gesetzgeber räumt dem Versicherten, nicht dem Leistungserbringer, nach Maßgabe dieser Vorschriften [§§ 14, 15 SGB IX](#) für die Durchführung einer Anschlussheilbehandlung die Möglichkeit einer ggf. kurzen Fristsetzung mit anschließender Selbstbeschaffung und Kostenerstattungsanspruch ein.

Anderes ergibt sich entgegen der Auffassung des Klägers auch anhand der Rechtsprechung des Großen Senats des BSG (Urteil vom 25. September 2007 - [GS 1/06](#) - a.a.O.) nicht. In dieser Entscheidung hat das BSG klargestellt, dass die medizinische Notwendigkeit für einen Krankenhausaufenthalt nicht dadurch begründet wird, dass ein Versicherter aus anderen, nicht mit der Behandlung zusammenhängenden Gründen eine spezielle Unterbringung oder Betreuung benötigt und wegen des Fehlens einer geeigneten Einrichtung vorübergehend im

Krankenhaus verbleiben muss (BSG, aaO). Es hat folglich über Art und Umfang der Abrechenbarkeit eines Anspruchs auf Krankenhausbehandlung entschieden und folglich auch über Art und Anspruch des Versicherten selbst gegen seine Krankenkasse, nicht jedoch hat es damit - gewissermaßen zum Ausfüllen möglicherweise entstehender Betreuungslücken - zwangsläufig die Rentenversicherungsträger in die Pflicht genommen.

Vor diesem Hintergrund konnte nach Auffassung des Senats eine erforderliche besondere Nähebeziehung auch nicht dadurch hergestellt werden, dass das ZfP mehrmals mit der Beklagten telefoniert und um zeitnahe Zuweisung eines Reha-Platzes zugunsten der Versicherten gebeten hatte. Hierdurch wurde lediglich eine irgendwie geartete Beziehung, nicht jedoch das erforderliche vertragsähnliche Verhältnis mit besonderen Näheigenschaften begründet.

bb) Der Kläger kann auch unmittelbar aus [§ 11 Abs. 2 oder Abs. 4 SGB V](#) keine Zahlungsansprüche gegen die Beklagte herleiten. Sowohl [§ 11 Abs. 2 SGB V](#) als auch Abs. 4 SGB V legen als Anspruchsberechtigte (unabhängig vom genauen Anspruchsinhalt) die "Versicherten" fest. Zu deren, aber auch nur zu deren Gunsten, sind in dieser Vorschrift im System der gesetzlichen Krankenversicherung Ansprüche (in Form von Haupt- und Nebenleistungen) formuliert. Der Kläger als Leistungserbringer im System der gesetzlichen Krankenversicherung kann daraus für sich keine eigenen Ansprüche herleiten.

cc) Dem Kläger steht ein Anspruch auf Erstattung von EUR 11.874,62 weiter auch nicht auf der Grundlage eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs zu. Zwar ist ihm einzuräumen, dass der sozialrechtliche Herstellungsanspruch nicht allein deshalb ausgeschlossen ist, weil seine Forderung auf die Bezahlung eines Geldbetrags lautet. Denn auch wenn der Anspruch regelmäßig auf eine Naturalrestitution gerichtet ist, kommt ausnahmsweise als Rechtsfolge auch Geldersatz in Betracht.

Ob eine solche Konstellation im konkreten Fall gegeben ist, kann indes dahingestellt bleiben. Ebenso lässt der Senat dahingestellt, ob der sozialrechtliche Herstellungsanspruch, der die Pflichtverletzung eines Leistungsträgers erfordert, welche zu einem rechtlichen Schaden in Form des Ausbleibens von Vorteilen geführt hat, die an sich im Sozialrecht vorgesehen sind und insbesondere dem betroffenen Bürger zukommen sollen (vgl. hierzu genauer z.B. Seewald, in: KassKomm, Vor [§§ 38-47 SGB I](#) Rn. 30 ff.), überhaupt in einem Verhältnis wie dem vorliegenden zwischen einem Leistungserbringer und einem Leistungsträger in Betracht kommen kann. Bislang ist dies - soweit ersichtlich - durch das BSG nicht entschieden worden; dagegen dürften Sinn und Zweck des Herstellungsanspruchs sprechen, den Bürger vor Fehlern im Verwaltungsablauf zu schützen. Denn der sozialrechtliche Herstellungsanspruch wäre vorliegend schon deshalb ausgeschlossen, weil er die Grenzen einer zulässigen Amtshandlung überschreitet. Der sozialrechtliche Herstellungsanspruch findet seine Grenze in inhaltlicher Hinsicht dort, wo vom entsprechenden Leistungsträger - im Wege der Naturalrestitution wie auch des diese ersetzenden Geldersatzes - eine rechtswidrige Amtshandlung verlangt würde (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 27. August 2009 - [B 13 R 14/09 R](#) - SozR 4-2600 § 93 Nr. 13). Dies aber wäre hier der Fall. Der beklagte Rentenversicherungsträger würde - ersetzte er dem Kläger die diesem ihm durch Behandlung der Versicherten in der Zeit vom 10. August bis 10. Oktober entstandenen Kosten - im Ergebnis zu einer rechtswidrigen Amtshandlung verpflichtet.

Der Kläger hat selbst eingeräumt, dass der Versicherten im hier streitigen Zeitraum eine Krankenhausbehandlung zuteil geworden ist. Die Versicherte hat die vom Kläger im einzelnen genannten Therapieformen unter den besonderen Bedingungen einer stationären Krankenhausbehandlung, insbesondere der stetigen Anwesenheit von Ärzten und Pflegepersonal, erhalten. Infolgedessen macht der Kläger ausweislich der vorgelegten Abrechnung auch Kosten in Form von als Krankenhausleistung abzurechnenden Pflegesätzen (Basispflegesatz und Abteilungspflegesatz) geltend. Erbracht sind damit Leistungen nach Maßgabe des [§ 39 SGB V](#), die gemäß [§ 112 Abs. 1 SGB V](#) ggf. in Verbindung mit einem einschlägigen Landeskrankenhausvertrag gegenüber den Krankenkassen abzurechnen sind. Diese Leistungen können jedoch nicht im Wege des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs nachträglich in solche der medizinischen Rehabilitation nach Maßgabe der [§§ 9 ff. SGB VI](#) "umgewandelt" oder "umgedeutet" werden. Der Herstellungsanspruch geht der Sache nach auf die tatsächlich erbrachte Leistung, nicht auf eine anstelle dieser Leistung in Betracht kommende andere Leistung (so die Rechtsprechung des BSG, vgl. Urteil vom 17. Juli 1979 - [12 RAr 15/78 - BSGE 48, 269](#), 276). Ausnahmen hat das BSG nur für den Fall zugelassen, dass es um die Gewährung von im Wesentlichen vergleichbaren Leistungen geht (vgl. BSG, Urteil vom 26. Oktober 1976 - [12/7 RAr 78/74](#) - SozR 4100 § 44 Nr. 9). Im Verhältnis von Leistungen der stationären Krankenhausbehandlung und einer medizinischen Reha-Maßnahme handelt es sich jedoch nicht um im genannten Sinne wesentlich vergleichbare Leistungen. Das Gesetz trennt scharf zwischen den beiden Leistungsformen. Dies ergibt sich unmissverständlich aus der Leistungsabgrenzung in [§ 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB VI](#). Danach erbringt der Rentenversicherungsträger keine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung. Nur in wenigen, in [§ 13 Abs. 2 SGB VI](#) im Weiteren ausdrücklich benannten Ausnahmen kann der Rentenversicherungsträger überhaupt Krankenbehandlung erbringen. Entsprechendes legt auch die Vereinbarung der Leistungsabgrenzung zwischen den Trägern der Rentenversicherung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen fest (vgl. § 1 Abs. 2 der Vereinbarung, abgedruckt z.B. bei Kater, in: KassKomm, § 13 Rn. 24 ff.). Zur Erbringung von Krankenhausleistungen sind daher die Rentenversicherungsträger weder verpflichtet noch berechtigt. Im stationären Bereich kommen zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung (nur) Leistungen der medizinischen Rehabilitation in Betracht. Ergibt sich folglich anhand der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen ein eindeutiger Ausschluss der Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers für Leistungen der stationären Krankenhausbehandlung (Ausnahmen sind nur in [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) geregelt), so kommt auch eine Erstattung entstandener Krankenhausbehandlungskosten durch einen Rentenversicherungsträger gegenüber dem Leistungserbringer von Krankenhausbehandlungskosten als Geldersatz aufgrund eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs nicht in Betracht. Denn ersetzt würde dann eine Leistung, die durch den betreffenden Leistungsträger nicht erbracht werden dürfte, was der Sache nach eine rechtswidrige Amtshandlung darstellte. Dass eine Krankenhausbehandlung in vielen Punkten Überschneidungen mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation aufweist, liegt insbesondere im Bereich einer psychiatrischen Erkrankung darin begründet, dass Akuttherapie wie Verfestigung des Erfolges im Rahmen einer Entwöhnungsbehandlung ähnliche Behandlungsformen erforderlich machen. Dies ändert jedoch nichts daran, dass in der institutionellen Einbettung dieser Behandlungsformen doch erhebliche, vom Kläger sogar selbst benannte Unterschiede bestehen, die vom Gesetzgeber - wie ausgeführt - durch die scharfe Abgrenzung beider Bereiche bewusst gewollt sind. Eine inhaltliche Umdeutung der erbrachten Leistungen im Nachhinein kommt daher nicht in Betracht.

dd) Vorliegend ergibt sich ein Erstattungsanspruch des Klägers auch nicht anhand der Vorschriften über eine GoA nach Maßgabe der [§ 677 ff. BGB](#), die im öffentlichen Recht entsprechend anzuwenden sind. Im Bereich der Sozialversicherung kommt dies nur dann in Betracht, wenn ein gesetzlicher Erstattungsanspruch ausscheidet und der Geschäftsführer mit der Geschäftsführung eine Aufgabe eines sozialrechtlichen Leistungsträgers übernommen hat (vgl. BSG, Urteil vom 12. Januar 2010 - [B 2 U 28/08 R](#) - a.a.O., zum

Aufwendungsersatzanspruch eines Krankenhausträgers gegen den Träger der gesetzlichen Unfallversicherung für die stationäre Behandlung eines Versicherten; vgl. auch schon vom Urteil vom 17. November 1999 - [B 6 KA 14/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 75 Nr. 11](#) S 56 m.w.N.). Dies aber war vorliegend gerade nicht der Fall. Der Kläger hatte mit der Erbringung von Leistungen der Krankenhausbehandlung nach Maßgabe des [§ 39 SGB V](#) gerade keine Leistungen übernommen, die im Aufgaben- und Zuständigkeitsbereich des beklagten Rentenversicherungsträgers lagen (dazu ausführlich unter aa). Infolgedessen entsprach die "Fremdgeschäftsführung" durch den Kläger weder dem tatsächlichen noch mutmaßlichen Willen der Beklagten (insoweit in der Fallkonstellation anders gelagert als in BSG, Urteil vom 12. Januar 2010, [a.a.O.](#)).

ee) Sind demnach von Gesetzes wegen keinerlei Beziehungen und Ansprüche zwischen Krankenhaus- und Rentenversicherungsträger vorgesehen, so wird deutlich, dass der Kläger einen Ersatz der ihm entstandenen Kosten durch Behandlung der Versicherten allenfalls als Anspruch auf Schadensersatz nach Maßgabe des [§ 839 BGB, Art. 34 Grundgesetz \(GG\)](#) geltend machen kann. Ob jedoch die Voraussetzungen eines Schadensersatzanspruchs aus Amtspflichtverletzung im Einzelnen vorliegen, war durch den Senat nicht zu entscheiden. Der Senat geht - einer verbreiteten Auffassung folgend (vgl. etwa Keller, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Aufl. 2008, § 51 Rn. 41; Baumbach/Lauterbach/Albers/Hartmann, ZPO, [§ 17 GVG](#) Rn. 9) - davon aus, dass ein Gericht der Sozialgerichtsbarkeit eine sowohl auf Amtshaftung als auch auf sozialrechtliche Ansprüche gestützte Klage nicht - auch nicht teilweise - an das zuständige Landgericht zu verweisen, sondern lediglich über Anspruchsgrundlagen außerhalb der Amtshaftung zu entscheiden hat (anders noch der Hinweis im Schreiben des Gerichts vom 05. Juli 2011, in welchem eine Teilverweisung in Erwägung gezogen wurde). Denn einerseits kennt das GVG keine Teilverweisung, andererseits steht einer Verweisung des gesamten Rechtsstreits der Grundsatz entgegen, dass eine solche nicht erfolgen darf, wenn das angerufene Gericht (hier: der Sozialgerichtsbarkeit) zumindest für einen Teil der einschlägigen materiellen Ansprüche zuständig ist (so auch das Bundesverwaltungsgericht - BVerwG -, Urteil vom 15. Dezember 1992 - [5 B 144/91](#) -, [NVwZ 1993, 358](#) m.w.N.; vgl. auch Ziekow in Sodan/Ziekow, VwGO, 3. Aufl. 2010, [§ 17 GVG](#) - kommentiert bei [§ 41 VwGO](#) - Rn. 54). Auch das BSG hält diese Rechtsauffassung für mit der Regelung des [§ 17b Abs. 1 Satz 2 GVG](#) vereinbar (vgl. jüngst BSG, Beschluss vom 20. Oktober 2010 - [B 13 R 63/10 B](#) - SozR 4-1500 § 153 Nr 11).

Eine Verpflichtung des Senats zur Entscheidung über Ansprüche aus Amtshaftung gemäß [§ 839 BGB](#) ergibt sich vorliegend (anders etwa als im vom BSG, Beschluss vom 20. Oktober 2010, [a.a.O.](#), zu entscheidenden Fall) auch nicht kraft eigener Kompetenz ... Denn zwar hat gemäß [§ 202 SGG](#) i.V.m. [§ 17a Abs. 5 GVG](#) das Gericht, das über ein Rechtsmittel gegen eine Entscheidung in der Hauptsache entscheidet, nicht zu prüfen, ob der beschrittene Rechtsweg zulässig ist. Liegen die Voraussetzungen dieser Regelung vor, hat auch das LSG ausnahmsweise über einen Amtshaftungsanspruch zu entscheiden. Ein solcher Fall ist hier indes nicht gegeben; die Bestimmung des [§ 17a Abs. 5 GVG](#) greift hier nicht ein. Auch das SG hat ausgeführt, dass die Voraussetzungen eines Amtshaftungsanspruchs nicht zu prüfen waren. Die nicht durchgeführte Überprüfung des Vorliegens von Amtshaftungsansprüchen geht daher nicht darauf zurück, dass es davon ausgegangen ist, entsprechende Ansprüche würden nicht geltend gemacht, sondern darauf, dass diese durch das SG nicht zu überprüfen waren. Dass diese Ausführungen (nur) im Zusammenhang mit den abgetretenen Ansprüchen der Versicherten zu finden sind, verpflichtet den Senat nicht zu einer Überprüfung von entsprechenden Ansprüchen des Klägers selbst. Denn entscheidend ist allein, dass das SG seine Prüfungsverpflichtung allein auf die sozialrechtlichen Ansprüche begrenzt gesehen hat. Es hat folglich die Möglichkeit eines Amtshaftungsanspruchs angesprochen, eine Entscheidung darüber jedoch mangels Zuständigkeit gerade nicht getroffen. Eine Bindung des Senats nach Maßgabe des [§ 17a Abs. 5 GVG](#) kommt mit Blick darauf gerade nicht in Betracht.

b) Ein Zahlungsanspruch des Klägers ergibt sich darüber hinaus auch nicht aus ihm abgetretenen Ansprüchen der Versicherten. Denn Ansprüche der Versicherte gegenüber der Beklagten auf Bezahlung eines solchen Betrags ergeben sich aus Sicht des Senats nicht.

aa) Wie das SG zu Recht entschieden hat, kommt ein Anspruch auf positive Forderungsverletzung analog [§ 280 BGB](#) im Verhältnis zwischen Versicherter und gesetzlicher Rentenversicherung nicht in Betracht. Denn hier steht entgegen, dass sich Rechte und Pflichten der Versicherten aus dem Sozialrechtsverhältnis zu der Beklagten unmittelbar aus dem Gesetz ergeben (vgl. mit diesem Ausschlusskriterium die Rspr. des BSG, Urteil vom 27. Januar 2000 - [B 12 KR 10/99 R](#) - a.a.O.). Die Frage, welcher Art und welchen Umfangs ein Versicherter eine stationäre medizinische Reha-Maßnahme zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung beanspruchen kann, sind vollumfänglich gesetzlich, namentlich durch die [§§ 9 ff. SGB VI](#) und die Vorschriften des [SGB IX](#) geregelt. Innerhalb dieser Vorschriften sieht [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) insbesondere eine Handhabe zugunsten der versicherten Person vor, sich eine nicht oder verspätet gewährte erforderliche Reha-Maßnahme selbst zu beschaffen und ggf. Erstattung vom zuständigen Reha-Träger zu verlangen. Angesichts dergestalt gesetzlich umfassender gesetzlicher Regelungen, die auch Selbstbeschaffungsmöglichkeiten umfassen, kann die versicherte Person daneben nicht zusätzlich Schadensersatzansprüche aus vertragsähnlichem Verhältnis gegenüber dem Reha-Träger geltend machen. Rechte und Pflichten aus dem Sozialrechtsverhältnis ergeben sich unmittelbar aus dem Gesetz, so dass auch hier kein Raum ist für eine vertragsähnliche Sonderbeziehung zwischen Versicherter und Beklagter (vgl. ebenso LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 09. Mai 2007 - [L 16 R 403/07](#) - in juris).

Im Übrigen wären ohnehin keinerlei Anhaltspunkte für einen der Versicherten entstandenen Schaden ersichtlich. Nach der Rechtsprechung des BSG ist ein Versicherter vor einer Inanspruchnahme als Kostenschuldner geschützt, wenn er nach den Umständen darauf vertrauen durfte, dass ihm die Krankenhausbehandlung als Sachleistung der Krankenkasse gewährt werde (st.Rspr.; vgl. aus jüngerer Zeit z.B. BSG, Beschluss vom 25. September 2007 - [GS 1/06](#) - a.a.O.). Vorliegend konnte die Versicherte zum Zeitpunkt ihrer Behandlung davon ausgehen, dass die Kosten der im ZfP fortgesetzten Krankenhausbehandlung nicht zu ihren Lasten gehen würden (vgl. hierzu das BSG, Beschluss vom 25. September 2007 - [GS 1/06](#), a.a.O.). Anderes ergibt sich auch anhand des Vortrags des Klägers nicht. Dieser hat lediglich ausgeführt, es sei allgemein anerkannt, dass ein Behandlungsvertrag mit der versicherten Person unabhängig von der Übernahmefähigkeit der Kosten durch die Krankenkasse entstehe. Anhand dieses Vortrages ergeben sich auch keine Anhaltspunkte dafür, dass ein bürgerlich-rechtlicher Vertrag, in dem die Versicherte sich verpflichtet hätte, für die Kosten der benötigten Behandlung gegebenenfalls selbst aufzukommen, abgeschlossen wurde (vgl. mit diesem Maßstab das BSG, Urteil vom 09. Oktober 2001 - [B 1 KR 6/01 R](#) - [BSGE 89, 39](#)).

Ansprüche der Versicherten ergeben sich auch nicht nach Maßgabe des [§ 11 Abs. 2 oder Abs. 4 SGB V](#). Wie bereits ausgeführt, ist Adressat der in diesen Regelungen enthaltenen Ansprüche allenfalls ein anderer Leistungserbringer (wobei dann wiederum fraglich ist, ob dieser nicht Leistungen zugunsten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen muss), nicht dagegen ein anderer Leistungsträger. Denn auch insoweit gilt, dass die Ansprüche der Versicherten gegen die Beklagte sich unmittelbar nach den Regelungen des [SGB VI](#) i.V.m. dem [SGB IX](#) richten.

Ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch der Versicherten gegen die Beklagte oder ein Anspruch auf Erstattung nach Maßgabe der Regelungen über die GoA kommen ebenfalls nicht in Betracht. Da die Versicherte in der hier streitigen Zeit Krankenhausbehandlung im Sinne von [§ 39 SGB V](#) erhalten hat, bedeutete die Anwendung dieser Anspruchsgrundlagen auch hier eine unzulässige Bezahlung von Krankenhausbehandlung durch die Beklagte.

Über damit auch insoweit allein in Betracht kommende Amtshaftungsansprüche der Versicherten hatte der Senat nicht zu entscheiden (vgl. dazu entsprechend oben unter a) ee)).

3. Die Berufung war daher zurückzuweisen. Der Senat konnte darüber ohne Beiladung der Krankenkasse der Versicherten entscheiden. Zu prüfen waren hier nur Ansprüche gegen den Rentenversicherungsträger, nicht dagegen, ob anstelle dessen möglicherweise ein Anspruch gegen die Krankenkasse in Betracht kam. Die Versicherte war nicht beizuladen, weil die Frage eines Vergütungsanspruchs des Klägers aus privatrechtlichem Vertrag gegen die Versicherte nicht entscheidungserheblich war.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) und 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO)

5. Der Senat hat die Revision zugelassen, weil höchstrichterliche Rechtsprechung zur Frage der Erstattungsfähigkeit von Krankenhausbehandlungskosten durch den für eine Anschluss-Rehamaßnahme zuständigen Leistungsträger der gesetzlichen Rentenversicherung bislang nicht existiert.

6. Die endgültige Streitwertfestsetzung für das Berufungsverfahren folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 63 Abs. 2](#), [§ 52 Abs. 1](#) und 3 sowie [§ 47 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-04-13