

L 1 KR 25/15

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Gießen (HES)
Aktenzeichen
S 9 KR 401/13
Datum
19.11.2014
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 25/15
Datum
11.08.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Die Krankenkasse ist nicht berechtigt, die Auszahlung von Krankengeld wegen einer fehlenden Rentenantragstellung des Klägers zu verweigern.

2. Die Aufforderung unter Fristsetzung einen Rehabilitationsantrag zu stellen ([§ 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)), dient zunächst und in erster Linie dazu, bei dem Versicherten mittels Leistungen der medizinischen Rehabilitation und Teilhabe die Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit zu beseitigen. Dies ist Ausdruck des allgemeinen Grundsatzes, wonach die Leistungen zur Teilhabe Vorrang haben vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind, [§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#).

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Gießen vom 19. November 2014 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch im Berufungsverfahren die zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung entstandenen notwendigen Kosten des Klägers.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob dem Kläger Krankengeld (auch) für die Zeit vom 19. November 2013 bis zum 28. Dezember 2013 zusteht.

Der 1951 geborene Kläger war bei der Firma C. GmbH & Co. KG Textilveredelung in A Stadt als LKW-Fahrer tätig, bevor er am 1. Juli 2012 aufgrund eines Stammganglieninfarkts links (Hirninfarkt) arbeitsunfähig erkrankte. Vom 1. Juli 2012 bis zum 11. Juli 2012 befand sich der Kläger zur stationären Behandlung im Universitätsklinikum Gießen und Marburg. Am 5. Juli 2012 beantragte der Kläger bei der Deutschen Rentenversicherung Hessen eine Anschlussrehabilitation, den diese mit Bescheid vom 12. Juli 2012 wegen mangelnder Rehabilitationsfähigkeit ablehnte und den Rehabilitationsantrag des Klägers gemäß [§ 14 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Neuntes Buch Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (SGB IX) an die Beklagte weiterleitete. Die Beklagte lehnte gegenüber dem Kläger zunächst mit Bescheid vom 16. Juli 2012 eine stationäre Anschlussrehabilitation wegen der Möglichkeit ambulanter Behandlungsmaßnahmen ab. Auf den Widerspruch des Klägers vom 22. Juli 2012 bewilligte die Beklagte dem Kläger sodann nach der Einholung einer Stellungnahme des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vom 23. August 2012 mit Bescheid vom 6. September 2012 eine neurologische Anschlussrehabilitation in der Neurologischen Klinik Asklepios in Bad Salzhausen vom 10. September 2012 bis zum 5. Oktober 2012. Im Rahmen des Abschlussberichts aus der Asklepiosklinik vom 15. Oktober 2012, Dres. D., E., F., wurde unter anderem vermerkt, dass der Kläger seine berufliche Tätigkeit als Kraftfahrer auf Dauer nicht mehr ausüben könne. Der MDK bestätigte mit Gutachten vom 4. Dezember 2012, Dr. G., die Arbeitsunfähigkeit des Klägers für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit auf Dauer. Aufgrund der Angaben im Entlassungsbericht aus der Anschlussrehabilitation könne auch ein positives Leistungsbild für den allgemeinen Arbeitsmarkt nicht abgeleitet werden. Mit Schreiben vom 20. Dezember 2012 forderte die Beklagte den Kläger auf, bei dem Rentenversicherungsträger eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme bis zum 28. Februar 2013 zu beantragen, um ein Entfallen des Anspruchs auf Krankengeld nach den gesetzlichen Bestimmungen zu vermeiden. Alternativ bestehe auch die Möglichkeit, einen Rentenantrag zu stellen. Am 18. Februar 2013 stellte der Kläger nach einem Beratungsgespräch mit einem Vertreter der Beklagten am 20. Dezember 2012 bei der Deutschen Rentenversicherung Hessen einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Mit Schreiben vom 4. April 2013 wies die Deutsche Rentenversicherung Hessen den Kläger darauf hin, dass sein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe vom Juli 2012 als Antrag auf

Rente gelte, wenn er vermindert erwerbsfähig sei und eine erfolgreiche Rehabilitation nicht zu erwarten oder Leistungen zur Teilhabe nicht erfolgreich gewesen seien, weil sie die verminderte Erwerbsfähigkeit nicht verhindert hätten. Der ärztliche Dienst habe festgestellt, dass bei dem Kläger ein Leistungsvermögen von sechs Stunden täglich nicht mehr vorhanden sei. Um das Rentenverfahren durchführen zu können, werde der Kläger gebeten, ein Rentenantragsformular mit den erforderlichen Anlagen auszufüllen. Mit Bescheid vom 5. April 2013 lehnte die Deutsche Rentenversicherung Hessen den Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen mangelnder Rehabilitationsfähigkeit des Klägers ab, wogegen dieser am 12. April 2013 mit der Begründung Widerspruch erhob, dass seine behandelnden Ärzte durchaus der Auffassung seien, dass seine Erwerbsfähigkeit mit der Durchführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation wiederherzustellen sei und zur Bestätigung seines Vorbringens ärztliche Unterlagen einreichte. Gegen den ablehnenden Widerspruchsbescheid der Deutschen Rentenversicherung Hessen vom 27. August 2013 erhob der Kläger Klage vor dem Sozialgericht Gießen (Az.: S 8 R 391/13).

Die Beklagte forderte den Kläger mit Schreiben vom 22. April 2013 auf, bei der Deutschen Rentenversicherung Hessen spätestens bis zum 15. Mai 2013 einen (formellen) Rentenantrag zu stellen. Mit Bescheid vom 27. September 2013 wies die Beklagte den Kläger darauf hin, dass die Höchstbezugsdauer für die Zahlung von Krankengeld für ihn am 28. Dezember 2013 ende. Gleichfalls mit Bescheid vom 27. September 2013 forderte die Beklagte den Kläger unter Hinweis auf seine Mitwirkungsverpflichtungen gemäß [§§ 60 ff. Sozialgesetzbuch Erstes Buch - Allgemeiner Teil - \(SGB I\)](#) erneut dazu auf, einen formellen Rentenantrag bis zum 18. Oktober 2013 bei der Deutschen Rentenversicherung Hessen zu stellen. Sollte ein Antrag auf Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente nicht innerhalb der genannten Frist gestellt werden, könne eine weitere Krankengeldzahlung nicht erfolgen. Bei festgestellter Erwerbsminderung entfalle der Anspruch auf Krankengeld und werde durch den Anspruch auf Erwerbsminderungsrente ersetzt. Den hiergegen von dem Kläger mit Schreiben vom 8. Oktober 2013 erhobenen Widerspruch wies die Beklagte durch Widerspruchsbescheid vom 14. November 2013 zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 20. November 2013 Klage zum Sozialgericht Gießen erhoben und zur Begründung ausgeführt, dass er durch die Beklagte keinesfalls rechtsverbindlich dazu aufgefordert werden könne, einen Rentenantrag zu stellen. Zudem liege ein Gutachten der Bundesagentur für Arbeit vom 20. Dezember 2013 vor, das ihm ein vollschichtiges Leistungsvermögen attestiere. Zur Bestätigung seines Vorbringens hat der Kläger das Gutachten der Bundesagentur für Arbeit vom 20. Dezember 2013 vorgelegt. Die Beklagte hat im Klageverfahren an ihrer Rechtsauffassung, dass der Kläger nach übereinstimmender Auffassung des MDK und des ärztlichen Dienstes der Rentenversicherung vermindert erwerbsfähig sei und deshalb die Zuständigkeit der Rentenversicherung und nicht der Beklagten für eine Leistungsgewährung gegeben sei, festgehalten. Das Sozialgericht hat die Akte des vor dem Sozialgericht Gießen anhängigen Verfahrens auf die Bewilligung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gegen die Deutsche Rentenversicherung Hessen (Az.: S 8 R 391/13) beigezogen und auf die mündliche Verhandlung vom 19. November 2014 den Bescheid der Beklagten vom 27. September 2013 und den Widerspruchsbescheid vom 14. November 2013 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, dem Kläger die außergerichtlichen Kosten des Rechtsstreites zu erstatten. Die Voraussetzungen für die Zahlung von Krankengeld in der Zeit vom 18. November 2013 bis einschließlich 28. Dezember 2013 seien erfüllt, da der Kläger aufgrund der Tatsache, dass er seinen Beruf als LKW-Fahrer aufgrund seiner Erkrankung unstreitig nicht mehr ausüben könne, arbeitsunfähig gewesen sei. Der Anspruch auf Krankengeld habe auch erst am 28. Dezember 2013 geendet, da der Kläger erst dann im Sinne der gesetzlichen Vorschriften für 78 Wochen Krankengeld bezogen habe. Die Beklagte habe die Zahlung von Krankengeld eingestellt, obwohl es dafür keine Rechtsgrundlage gegeben habe. So habe der Kläger bereits am 18. Februar 2013 einen Antrag auf Gewährung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme beim zuständigen Rentenversicherungsträger gestellt, womit er seiner Verpflichtung nach [§ 51 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - \(SGB V\)](#) entsprochen habe. [§ 51 SGB V](#) berechtige die Beklagte nach seinem eindeutigen Wortlaut nicht, den Versicherten zur Stellung eines Rentenantrags aufzufordern. Hierfür bestehe auch aufgrund der Regelung des [§ 116 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch - Gesetzliche Rentenversicherung - \(SGB VI\)](#) keine Notwendigkeit. Außerdem hätte dem Versicherten eine Frist von zehn Wochen zur Stellung des Antrags gesetzt werden müssen, was vorliegend nicht geschehen sei (Aufforderung zur Rentenantragstellung im Schreiben vom 27. September 2013 bis zum 18. Oktober 2013). Weitere Rechtsgrundlagen für eine Einstellung der Krankengeldzahlung seien nicht ersichtlich.

Gegen das der Beklagten am 2. Januar 2015 zugestellte Urteil hat diese am 13. Januar 2015 Berufung bei dem Sozialgericht Gießen zum Hessischen Landessozialgericht eingelegt. Zur Begründung weist die Beklagte darauf hin, dass der Kläger zwar der Aufforderung der Beklagten zur Stellung eines Antrages auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen nachgekommen sei. Dieser Antrag habe jedoch nicht den Anforderungen des [§ 51 Abs. 1 SGB V](#) genügt. Die Norm setze voraus, dass der Antrag ohne Einschränkung gestellt werde und vom Rentenversicherungsträger bearbeitet werden könne. Ein Antrag, der nur "rein fürsorglich" gestellt und sofort mit Rechtsmitteln angegriffen werde, genüge diesen Anforderungen nicht. Es liege auf der Hand, dass nur ein Rehabilitationsantrag, der Teilhabeleistungen auslösen könne, dem Zweck der Norm genügen könne, nicht aber ein Antrag, über den der Rentenversicherungsträger gar nicht oder mangels Mitwirkung des Klägers ablehnend entscheiden müsse. Aus dem von Seiten des Klägers eingelegten Rechtsmittel gegen die Rentenantragsfiktion des [§ 116 SGB VI](#) werde deutlich, dass von Seiten des Klägers versucht werde, die Rechtsfolge des [§ 51 Abs. 3 SGB V](#) zu vermeiden. Es liege nicht in der Hand des Klägers, nach seinem Belieben die gesetzliche Risikoverteilung zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und gesetzlicher Rentenversicherung zu verschieben. [§ 51 SGB V](#) könne seinen Zweck nicht mehr erfüllen, obläge es dem Kläger durch einen zunächst fristwahrenden Antrag und sodann nachfolgend durch Rechtsmittel die gesetzliche Risikozuordnung zu umgehen. Der Beklagten sei deshalb allein die Möglichkeit verblieben, das Krankengeld zu versagen.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Gießen vom 19. November 2014 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Er hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakte der Beklagten und der Gerichtsakte Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren.

Entscheidungsgründe:

Die Berichterstatterin konnte im vorliegenden Fall anstelle des Senats entscheiden, da die Beteiligten hierzu ihr Einverständnis erklärt haben, [§ 153 Abs. 3 und Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Die zulässige Berufung ist nicht begründet.

Zu Recht hat das Sozialgericht den Bescheid der Beklagten vom 27. September 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. November 2013 aufgehoben.

Dieser ist rechtswidrig und verletzt den Kläger in seinen Rechten.

Statthafte Klageart für das Begehren des Klägers ist die isolierte Anfechtungsklage. Ziel des Klägers ist vorliegend die Aufhebung der Entscheidung der Beklagten, die Auszahlung von Krankengeld zu verweigern. Mit Bescheid der Beklagten vom 27. September 2013 hat diese dem Kläger Krankengeld bis einschließlich 28. Dezember 2013 bewilligt. Dies war auch zutreffend, da der Kläger ausweislich der ärztlichen Feststellung im Rahmen des Entlassungsberichts aus der Asklepios-Klinik vom 15. Oktober 2012 auf Dauer arbeitsunfähig für die von ihm zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit als Kraftfahrer war. Zwar wird das Krankengeld (in der Praxis) jeweils aufgrund der vom Vertragsarzt ausgestellten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen entsprechend der voraussichtlichen Arbeitsunfähigkeit abschnittsweise gezahlt. Dieser Grundsatz schließt es indes nicht aus, eine ärztliche Feststellung aus vorangegangener Zeit, die den weiteren Bewilligungsabschnitt mitumfasst, als für [§ 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) ausreichend anzusehen. Die Feststellung muss zudem nicht zwingend durch einen Vertragsarzt erfolgen und für die Art und Weise der ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsfeststellung gilt, dass diese auch dann die Voraussetzungen des [§ 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) erfüllt, wenn sie nicht auf dem durch § 5 Abs. 1 oder § 6 Abs. 1 der Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien dafür vorgesehenen Vordruck erfolgt (Bundessozialgericht, Urteil vom 10. Mai 2012, [B 1 KR 20/11 R](#) und Bundessozialgericht, Beschluss vom 30. September 2015, [B 3 KR 40/15 B](#), m.w.N. – juris –).

Die Beklagte war nicht berechtigt, dem Kläger die Zahlung des ihm grundsätzlich zustehenden Krankengeldes deshalb zu verweigern, weil der Kläger der im Bescheid vom 27. September 2013 enthaltenen Aufforderung, bis zum 18. Oktober 2013 einen (formellen) Rentenantrag auf Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente zu stellen, nicht nachgekommen ist.

Insoweit fehlt es an einer entsprechenden Rechtsgrundlage.

Eine Befugnis der Beklagten, den Kläger zur Stellung eines (formellen) Rentenantrages aufzufordern, ergibt sich insbesondere nicht aus [§ 51 SGB V](#).

Nach [§ 51 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) kann die Krankenkasse Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichen Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen haben. Stellen Versicherte innerhalb der Frist den Antrag nicht, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist. Bereits nach dem eindeutigen Wortlaut der Norm bezieht sich diese lediglich auf Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben. Ein (formeller) Rentenantrag bzw. ein Antrag auf Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente, wie im Rahmen des Bescheides der Beklagten vom 27. September 2013 aufgeführt, ist der gesetzlichen Vorschrift nicht zu entnehmen. Eine analoge Anwendung der gesetzlichen Regelung ist lediglich bei dem Bestehen einer planwidrigen Regelungslücke möglich, die jedoch nach der Auffassung des Senats der Auslegung nach Wortlaut, systematischem Zusammenhang und Sinn und Zweck des Gesetzes folgend nicht vorliegt. Ein Gesetz ist nur dann lückenhaft, wenn es angesichts der erkennbaren Regelungsabsicht des Gesetzgebers "planwidrig" unvollständig ist, die Gerichte also nur das vom Gesetzgeber versehentlich unterbliebene Regelungsstück einfügen müssen (vergleiche zur Regelungslücke: Larenz/Canaris, Methodenlehre der Rechtswissenschaft, 3. Auflage 1995, S. 354 f).

Diese Voraussetzungen sind hier nicht gegeben.

Die Aufforderung unter Fristsetzung, einen Rehabilitationsantrag zu stellen, dient im Gegensatz zu der Auffassung der Beklagten zunächst und in erster Linie dazu, bei dem Versicherten mittels Leistungen der medizinischen Rehabilitation und Teilhabe die Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit zu beseitigen. Dies ist Ausdruck des allgemeinen Grundsatzes, wonach die Leistungen zur Teilhabe Vorrang haben vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind (vgl. [§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#); vgl. auch bereits die Begründung des Entwurfs der Bundesregierung zu einem Rehabilitationsangleichungsgesetz zu § 183 Abs. 7 RVO, [Bundestagsdrucksache 7/1237 S. 64](#) - Bundessozialgericht, Urteil vom 16. Dezember 2014, [B 1 KR 31/13 R](#) - juris -). Aus systematischen Gründen ist eine solche Analogie zudem entbehrlich. Gemäß [§ 116 Abs. 2 SGB VI](#) gilt der Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben als Antrag auf Rente, wenn Versicherte vermindert erwerbsfähig sind und ein Erfolg von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht zu erwarten ist oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht erfolgreich gewesen sind, weil sie die verminderte Erwerbsfähigkeit nicht verhindert haben. Insoweit wird deutlich, dass das gesetzliche System durchaus eine Risikoordnung zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und gesetzlicher Rentenversicherung vorsieht. [§ 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) räumt, um den Vorrang der Rentenzahlungen vor Krankengeldleistungen bei dauerhafter Erwerbsminderung sicherzustellen, den Krankenkassen die Möglichkeit ein, ihre Versicherten zu veranlassen, lediglich mittelbar (wegen der Rentenantragsfiktion des [§ 116 Abs. 2 SGB VI](#)) einen Rentenantrag zu stellen und hierdurch Einfluss auf den Beginn der antragsabhängigen Leistung ([§ 19 SGB IV](#), [§ 115 Abs. 1 Satz 1](#), [§ 116 Abs. 2 SGB VI](#), § 44 Abs. 1 ALG) zu nehmen ([§ 99 SGB VI](#), § 30 Abs. 1 ALG) und einen Wegfall ihrer Leistungszuständigkeit für das Krankengeld schon vor Erreichen der Anspruchshöchstdauer ([§ 48 SGB V](#)) zu bewirken (Bundessozialgericht, Urteil vom 16. Dezember 2014, [B 1 KR 31/13 R](#); Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 4. Juni 2009, [L 5 KR 44/07](#) und Brinkhoff in: Schlegel/Voelzke, juris-PK – SGB V, 3. Auflage 2016, [§ 51 SGB V](#) Rdnr. 16).

Zudem ist der Kläger der Aufforderung der Beklagten zur Stellung eines Antrages auf eine medizinische Rehabilitation fristgemäß am 18. Februar 2013 gefolgt. Soweit die Beklagte im Rahmen des Berufungsverfahrens nun erstmals argumentiert, dass dieser Antrag den Anforderungen des [§ 51 Abs. 1 SGB V](#) nicht entsprochen habe, da der Antrag "rein fürsorglich" gestellt und sofort mit Rechtsmitteln angegriffen worden sei, kann dies von dem Senat nicht nachvollzogen werden. Zunächst war eine "nicht antragsgemäße Stellung eines

Rehabilitationsantrages" durch den Kläger nicht Gegenstand des Bescheides vom 27. September 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. November 2013. Im Rahmen des streitgegenständlichen Bescheids wurde der Kläger zur Stellung eines (formellen) Rentenanspruches aufgefordert, so dass diese Argumentation der Beklagten insoweit fehlt geht. Lediglich ergänzend weist der Senat darauf hin, dass die Tatsache, dass der Kläger gegen die Ablehnung seines Antrages auf medizinische Rehabilitation durch die Deutsche Rentenversicherung Hessen Widerspruch und nachfolgend Klage erhoben hat, nicht dazu führt, dass der gestellte Antrag auf medizinische Rehabilitation nicht den Anforderungen des [§ 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) entspricht. Zutreffend setzt die Norm nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts voraus, dass der Antrag ohne Einschränkungen gestellt wird und vom Rentenversicherungsträger bearbeitet werden kann (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 16. Dezember 2014, [B 1 KR 31/13 R](#), Rdnr. 26 ff – juris -). Insoweit verkennt die Beklagte jedoch grundlegend, dass der Kläger mit Widerspruch und Klage gegen die Ablehnung des Antrages auf medizinische Rehabilitation durch die Deutsche Rentenversicherung Hessen die Zielrichtung der gesetzlichen Regelung des [§ 51 SGB V](#) gerade verfolgte, bei ihm mittels Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und gegebenenfalls Teilhabe die Gefährdung oder Minderung seiner Erwerbsfähigkeit zu beseitigen, d.h. dem allgemeinen Grundsatz, wonach Leistungen zur Teilhabe Vorrang vor Rentenleistungen haben, Geltung zu verschaffen. Auf die obigen Ausführungen zu Sinn und Zweck der gesetzlichen Regelung des [§ 51 SGB V](#) nimmt der Senat zur Vermeidung von Wiederholungen ausdrücklich Bezug. Eine Verkürzung der für den Kläger gegen einen ablehnenden Rehabilitationsantrag bestehenden Rechtsschutzmöglichkeiten findet insoweit weder in der gesetzlichen Regelung des [§ 51 SGB V](#) noch in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes ihre Grundlage.

Die Beklagte vermag den Bescheid vom 27. September 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. November 2013 zudem nicht auf [§§ 60 ff. SGB I](#) zu stützen. Insoweit führt das Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen in seinem Urteil vom 4. Juni 2009, [L 5 KR 44/07](#) bereits aus:

"Keine der hier unter dem 3. Titel "Mitwirkung des Leistungsberechtigten" aufgeführten Vorschriften der [§§ 60 bis 67 SGB I](#) enthält eine Ermächtigungsnorm für die Krankenkasse, den Versicherten zur Stellung eines Rentenanspruchs verpflichten zu dürfen. [§ 60 SGB I](#) regelt lediglich die Verpflichtung zur Angabe von Tatsachen für denjenigen, der Sozialleistungen beantragt oder erhält. Die Stellung eines Antrags stellt aber eine Tatsache in diesem Sinne nicht dar. Überdies wäre für den Bezug der Sozialleistung "Krankengeld" das Stellen eines Antrags auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nicht erheblich. Die übrigen Vorschriften sind bereits von vornherein erkennbar nicht einschlägig."

Der Senat schließt sich nach eigener Überprüfung insoweit dieser Rechtsauffassung an.

Die Frage, ob ein vom Versicherten nach Aufforderung seiner Krankenkasse gestellter Antrag auf medizinische Rehabilitation wirksam gestellt worden ist, betrifft zwar auch die Interessen des Rentenversicherungsträgers, greift aber nicht unmittelbar in seine Rechtssphäre ein. Er ist daher zum Verfahren nicht notwendig beizuladen (Bundessozialgericht, Urteil vom 16. Dezember 2014, [B 1 KR 31/13 R](#) - juris -).

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

Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe im Sinne des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht gegeben sind.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2016-11-30