

L 5 KR 50/06

Land
Rheinland-Pfalz
Sozialgericht
LSG Rheinland-Pfalz
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Mainz (RPF)
Aktenzeichen
S 11 KR 350/04
Datum
14.10.2005
2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen
L 5 KR 50/06
Datum
19.10.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 36/06 R
Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Ein Erstattungsanspruch nach [§ 14 Abs. 4 SGB IX](#) ist nicht deshalb ausgeschlossen, weil der Leistende bereits "vor" Bewilligung der Leistung von der Zuständigkeit des anderen Rehabilitationsträgers ausgegangen ist.
 2. Bei der Adaptionsmaßnahme handelt es sich um eine "aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsleistung" im Sinne der krankenversicherungsrechtlichen Bestimmungen.
 3. Der Erstattungspflicht der Krankenkasse steht nicht entgegen, dass die Leistung in einer Einrichtung erbracht wurde, mit der kein Versorgungsvertrag gemäß [§ 111 SGB V](#) bestand.
1. Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 14.10.2005 aufgehoben. Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 8.624,88 EUR zu zahlen.
 2. Die Beklagte hat die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen zu tragen.
 3. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Der klagende Landkreis begehrt als örtlicher Sozialhilfeträger von der beklagten Krankenkasse die Erstattung von 8.624,88 EUR für eine Adaptionsmaßnahme, die einer Versicherten der Beklagten vom überörtlichen Sozialhilfeträger gewährt wurde.

Die 1981 geborene, bei der Beklagten im Rahmen der Familienversicherung krankenversicherte G (Versicherte) hatte vom 27.2.2003 bis 26.8.2003 eine stationäre Entwöhnungsbehandlung nach [§ 40 SGB V](#) in der Fachklinik A in S durchgeführt, deren Kosten die Beklagte getragen hatte, nachdem die Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz entsprechende Leistungen mangels Vorliegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen abgelehnt hatte. Mit Schreiben vom 2.7.2003 beantragten die behandelnden Klinikärzte bei der Beklagten, der Versicherten im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung eine Adaptionsmaßnahme von 16 Wochen im Therapiezentrum S zu gewähren zur Stabilisierung der Abstinenzfähigkeit sowie der sozialen und beruflichen Orientierung unter ärztlich-psychiatrischer und psychotherapeutischer Überwachung und Begleitung. Erst nach erfolgreichem Abschluss einer entsprechenden Adaptionsphase sei davon auszugehen, dass die Versicherte wieder vollschichtig leistungsfähig und voll beruflich einsetzbar sein werde. Die Beklagte leitete den Antrag unter Hinweis auf dessen Zuständigkeit im Rahmen der Sozial- und Jugendhilfe an den Kläger weiter (Schreiben vom 9.7.2003). Mit an die Versicherte gerichtetem Bescheid vom 25.8.2003 bewilligte das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung der Versicherten die beantragte Adaptionsmaßnahme und wies hierbei darauf hin, das Landesamt handle als "zweitangegangener" Rehabilitationsträger im Sinne des [§ 14 SGB IX](#); die Adaptionsbehandlung werde als "Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach [§ 26 Abs. 2](#) und 3 SGB IX in Verbindung mit [§ 40 Abs. 1 Nr. 1 BSHG](#) mit einem Barbetrag nach [§ 21 Abs. 3 Satz 1 BSHG](#) in Höhe von 88,80 EUR für die Dauer von drei Monaten gewährt; da die sog. Adaption Bestandteil der medizinischen Rehabilitation sei, erachte es die Beklagte für leistungspflichtig; da diese die Kostenübernahme abgelehnt habe, werde ein Erstattungsanspruch gegen die Beklagte geltend gemacht. Nach Abschluss der vom 26.8. bis 21.11.2003 dauernden Maßnahme verlangte der Kläger von der Beklagten erfolglos die Erstattung der hierfür aufgewandten Kosten in Höhe von insgesamt 8.624,88 EUR.

Die am 9.9.2004 erhobene, auf Erstattung der Kosten der Adaptionsmaßnahme in Höhe von 8.624,88 EUR gerichtete Klage hat das Sozialgericht Mainz mit Urteil vom 14.10.2005 abgewiesen mit der Begründung, sämtliche denkbaren Erstattungsansprüche des Klägers scheiterten bereits daran, dass zwischen der Beklagten und dem Therapiezentrum S kein Versorgungsvertrag gemäß [§ 111 SGB V](#) bestanden habe und die Beklagte deshalb dort keine Rehabilitationsleistungen habe erbringen dürfen.

Gegen das ihm mit Schreiben vom 6.2.2006 übersandte Urteil hat der Kläger am 1.3.2006 Berufung eingelegt. Er trägt vor, da das Landesamt als zweitangegangener Rehabilitationsträger über die Leistungsgewährung entschieden habe, ergebe sich der Erstattungsanspruch gegenüber der Beklagten aus [§ 14 Abs. 4 SGB IX](#). Der Erstattungsanspruch bestehe nicht nur dann, wenn erst nach Bewilligung der Leistung die Zuständigkeit eines anderen Rehabilitationsträgers festgestellt werde, sondern auch und gerade dann, wenn

die Zuständigkeit von vornherein streitig sei. Das ergebe sich aus dem in der Begründung des Gesetzentwurfs ([BT-Drucks. 14/5074 S. 95](#)) zum Ausdruck kommenden Gesetzeszweck, der auf eine beschleunigte Leistungserbringung gerichtet sei; dieser Zweck würde nicht erreicht, wenn zunächst Zuständigkeitsstreitigkeiten zwischen den Leistungsträgern zu klären wären. Die Frage der Rechtsgrundlage sei auch deshalb von Bedeutung, weil [§ 14 Abs. 4 SGB IX](#) einen weitergehenden Erstattungsanspruch begründe als [§ 104 Abs. 3 SGB X](#). Nach [§ 14 Abs. 4 SGB IX](#) richte sich der Erstattungsanspruch nach den für den Leistungserbringer geltenden Vorschriften. Dagegen richte sich der Erstattungsanspruch nach [§ 104 Abs. 3 SGB X](#) nach den für den zuständigen Leistungsträger – hier die Beklagte – geltenden Vorschriften; diese umfassten nicht den Barbetrag und ggf. weitere Nebenleistungen. Die Beklagte sei für die erbrachte Leistung zuständig gewesen, da die Adaptionsmaßnahme Teil der medizinischen Rehabilitation sei. Da die Beklagte unter Berufung auf ihre Unzuständigkeit generell keine Versorgungsverträge mit Adaptionseinrichtungen in Rheinland-Pfalz schließe, könne der fehlende Versorgungsvertrag den Erstattungsanspruch nicht ausschließen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 14.10.2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, 8.624,88 EUR an ihn zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen,

hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Da das Landesamt bereits bei der Bewilligung der Leistung von der Zuständigkeit der Krankenkasse ausgegangen sei, hätte es die Leistung nur gewähren dürfen, wenn die Anspruchsvoraussetzungen des [§ 40 SGB V](#) erfüllt gewesen wären. Das Landesamt habe jedoch Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach [§ 26 Abs. 2](#) und 3 SGB IX in Verbindung mit [§ 40 Abs. 1 Nr. 1 BSHG](#) und zusätzlich einen Barbetrag nach [§ 21 Abs. 3 Satz 1 BSHG](#) als Leistungen der Eingliederungshilfe gewährt. Deshalb sei ein Erstattungsanspruch nicht gegeben.

Der Senat hat eine Auskunft des Therapiezentrum S eingeholt. Zu den weiteren Einzelheiten des Sachverhalts verweist der Senat auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakten der Beteiligten, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Auf die Berufung des Klägers war das erstinstanzliche Urteil aufzuheben und die Beklagte antragsgemäß zu verurteilen. Das Sozialgericht hat die Klage zu Unrecht abgewiesen. Der Kläger hat gegen die Beklagte Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen für die zugunsten der Versicherten der Beklagten geleistete Adaptionsmaßnahme.

I. Die Klage ist zulässig. Der Kläger ist aktivlegitimiert, obwohl nicht der Kläger, sondern das Landesamt für Jugend, Soziales und Versorgung die Leistung erbracht hat. Das Landesamt, das mit der Durchführung der Aufgaben des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe beauftragt war ([§ 2 Abs. 2 rheinland-pfälzisches Landesgesetz zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes - AGBSHG](#), vom 8. März 1963, GVBl. S. 79 in der bis 31.12.2004 geltenden Fassung), war für die Gewährung der stationären Adaptionsmaßnahme als Maßnahme der medizinischen Rehabilitation für Suchtkranke sachlich zuständig ([§ 100 BSHG](#) in Verbindung mit [§ 40 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 BSHG](#) in der bis 31.12.2004 geltenden Fassung). Für die Heranziehung von Drittverpflichteten zu Kostenersatz und die Beibehaltung von Beträgen auch bei Aufgaben des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe war jedoch der Kläger als örtlicher Träger der Sozialhilfe zuständig und zwar zum Zeitpunkt der Geltendmachung des Erstattungsanspruchs (Oktober 2003) und der Klageerhebung (September 2004) nach [§ 2 Buchstabe e](#) der Vierten Landesverordnung zur Durchführung des Landesgesetzes zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes (vom 26. April 1967, GVBl. S. 149) in der bis 31.12.2004 geltenden Fassung und zum Zeitpunkt der Berufungseinlegung (März 2006) nach [§ 2 Abs. 1 Buchstabe e](#) der Ersten Landesverordnung zur Durchführung des Landesgesetzes zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (vom 25. April 1967, GVBl. S. 149, zuletzt geändert durch Gesetz v. 22.12.2004, GVBl. S. 571, BS 86-30-1) in der seit 1.1.2005 geltenden Fassung. Der Kläger kann daher die Kostenerstattung im eigenen Namen gegenüber der Beklagten geltend machen. Da der Kläger die ihm als örtlichen Träger der Sozialhilfe obliegenden Aufgaben als Pflichtaufgaben der Selbstverwaltung wahrnimmt ([§ 1 Landesgesetz zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch - AGSGB XII](#) - vom 22. Dezember 2004, GVBl. S. 571) wird er als Landkreis und nicht als untere staatliche Verwaltungsbehörde tätig. Das erstinstanzliche Rubrum war entsprechend zu berichtigen.

II. Die Klage ist auch begründet. Rechtsgrundlage für den vom Kläger geltend gemachten Erstattungsanspruch ist [§ 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX](#). Hiernach erstattet der andere Rehabilitationsträger dem Rehabilitationsträger, der die Leistung erbracht hat, dessen Aufwendungen nach den für diesen geltenden Rechtsvorschriften, wenn nach Bewilligung der Leistung durch einen Rehabilitationsträger nach [§ 14 Abs. 1 Satz 2 bis 4 SGB IX](#) festgestellt wird, dass ein anderer Rehabilitationsträger für die Leistung zuständig ist. Die Voraussetzungen dieses Erstattungsanspruchs sind erfüllt.

1. Der Erstattungsanspruch ist nicht deshalb ausgeschlossen, weil das Landesamt bereits vor Bewilligung der Leistung von der Zuständigkeit der beklagten Krankenkasse ausgegangen war (im Ergebnis ebenso Götz, in Kossens/ von der Heide/ Maaß, SGB IX, 2. Aufl. 2006, [§ 14 Rn. 24](#); [§ 5](#) der Gemeinsamen Empfehlung über die Ausgestaltung des in [§ 14 SGB IX](#) bestimmten Verfahrens - Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung - in der Fassung vom 22.3.2004, zitiert nach Götze, in Hauck/Noftz, SGB IX, Anhang I K [§ 14](#)). Diese Auslegung ist mit dem Wortlaut des [§ 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX](#) zu vereinbaren. Nach dem Gesetzeswortlaut gilt die Erstattungsregelung zwar nur für den Fall, dass die Zuständigkeit des anderen Rehabilitationsträgers "nach" Bewilligung der Leistung festgestellt wird. Erforderlich ist jedoch, dass die anderweitige Zuständigkeit "festgestellt wird". Eine Feststellung liegt nicht schon dann vor, wenn der zweitangegangene Rehabilitationsträger einseitig der Auffassung ist, ein anderer Träger sei zuständig. Da der zweitangegangene Träger unabhängig von seiner endgültigen Zuständigkeit zur Gewährung der Leistung verpflichtet ist, erfolgt eine verbindliche "Feststellung" der endgültigen Zuständigkeit regelmäßig erst inzident im Rahmen des Erstattungsverfahrens. Diese Auslegung entspricht auch dem Sinn und Zweck der Erstattungsregelung. Denn der zweitangegangene Rehabilitationsträger kann im Interesse der vom Gesetz beabsichtigten Beschleunigung des Verfahrens den Leistungsantrag grundsätzlich - von hier nicht einschlägigen Ausnahmen abgesehen - auch dann nicht zurück- oder weiterleiten, wenn er vor Bewilligung der Leistung seinerseits von der Zuständigkeit des anderen Trägers ausgeht (vgl. [§ 3](#) der Gemeinsamen Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung, a.a.O.; Oberscheven, DRV 2005, 140, 152 m.w.N.). Die Erstattungsregelung soll einen Ausgleich dafür schaffen, dass der zweitangegangene Träger keine Möglichkeit hatte, den Antrag nochmals weiterzuleiten und trotz Unzuständigkeit zur Leistung verpflichtet war (Götz, a.a.O. Rn. 23). Für die Zweckerreichung kommt es nicht darauf an, ob der zweitangegangene Träger seine Unzuständigkeit vor oder nach der Bewilligung der Leistung erkennt.

2. Für die der Versicherten gewährte Adaptionsmaßnahme war die Beklagte vorrangig zuständig. Als Leistungsträger für die medizinische Rehabilitation im Sinne des [§ 5 Nr. 1 SGB IX](#) kommen nach [§ 6 Abs. 1 SGB IX](#) sowohl die gesetzlichen Krankenkassen als auch - neben anderen Trägern - die Träger der Sozialhilfe in Betracht. Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen ([§ 7 Satz 2 SGB IX](#)). Die Zuständigkeit der

Krankenkasse für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation richtet sich nach [§ 11 Abs. 2](#), [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6](#), [§§ 40](#) bis [43a SGB V](#). Nach diesen Bestimmungen wäre die Beklagte für die ihrer Versicherten gewährte Adaptionsmaßnahme zuständig gewesen.

a) Die Zuständigkeit der Beklagten war nicht wegen Nachrangigkeit ausgeschlossen. Nach [§ 40 Abs. 4 SGB V](#) werden Leistungen der medizinischen Rehabilitation durch die Krankenkasse nur erbracht, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften mit Ausnahme des [§ 31 SGB VI](#) solche Leistungen nicht erbracht werden. Die hiernach grundsätzlich vorrangige Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers war ausgeschlossen, da die Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllte. Leistungen des Sozialhilfeträgers waren gegenüber den Leistungen der Krankenkasse dagegen nicht vorrangig, da es sich bei diesem nicht um einen "Träger der Sozialversicherung" handelt. Vielmehr waren Leistungen der Sozialhilfe gemäß [§ 2 Bundessozialhilfegesetz](#) nachrangig auch gegenüber den Leistungen der Krankenkasse.

b) Bei der Adaptionsmaßnahme handelte es sich um eine "aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsleistung" im Sinne der krankenversicherungsrechtlichen Bestimmungen.

Dabei kann dahinstehen, ob Rehabilitation im krankenversicherungsrechtlichen Sinne nur Maßnahmen im Rahmen der Krankenbehandlung oder darüber hinaus auch eigenständige Rehabilitationsleistungen umfasst (vgl. dazu Schmidt, in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, [§ 40 SGB V](#) Rn. 84 ff.). Denn selbst bei der Beschränkung der krankenversicherungsrechtlichen Rehabilitation auf Maßnahmen im Rahmen der Krankenbehandlung würde die fragliche Adaptionsmaßnahme erfasst. Eine Adaptionsmaßnahme wird eingesetzt, wenn bei Abhängigkeitskranken die stationäre Entwöhnungstherapie auf Grund der spezifischen Auswirkungen und Folgen der Abhängigkeit zum Erreichen des Rehabilitationsziels nicht ausreicht, insbesondere bei erheblicher Rückfallgefährdung durch Wohnungs- und Arbeitslosigkeit; sie dient der Erprobung, ob der Versicherte unter Alltagsbedingungen den Anforderungen des Erwerbslebens und der eigenverantwortlichen Lebensführung gewachsen ist (Deutsche Rentenversicherung Bund, Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen, S. 19, zit. nach [www.deutsche-rentenversicherung-bund.de](#), recherchiert am 29.8.2006). Die somit erstrebte Sicherung des Erfolgs der Entzugsbehandlung dient letztlich der Heilung der Suchtkrankheit und wird auch in Fachkreisen als Bestandteil der medizinischen Rehabilitation gewertet (Leitlinien a.a.O.; Stähler, DRV 2002, 58, 59).

Auch die von der Versicherten konkret durchgeführte Adaptionsmaßnahme entspricht diesen Anforderungen. Nach den Angaben im Entlassungsbericht des Therapiezentrums Speyer (Seite 6; Blatt 43 der Gerichtsakte) gehörten zu den individuellen Zielen für die Adaptionsphase u.a. die Vertiefung der Krankheitseinsicht und die Festigung der Abstinenzentscheidung sowie die Persönlichkeitsstabilisierung durch Erhöhung der Frustrationstoleranz und Erweiterung des Repertoires an Konfliktlösungsstrategien, insbesondere Verbesserung der Angstsymptomatik bei Situationen in der Öffentlichkeit. Insoweit diente die Maßnahme der Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung. Dass darüber hinaus die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, das Training lebenspraktischer Fertigkeiten und die Planung und Einübung eines prognostisch hilfreichen aktiven Freizeitverhaltens angestrebt wurden, steht der Qualifikation als medizinische Rehabilitationsmaßnahme im krankenversicherungsrechtlichen Sinne nicht entgegen, sondern ist für eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme als interdisziplinäre Komplexmaßnahme typisch (vgl. Schmidt, a.a.O. Rn. 104).

Soweit die Leistungspflicht der Krankenkassen auf ärztlich verantwortete und beaufsichtigte Rehabilitationsmaßnahmen begrenzt ist (Schmidt, a.a.O. Rn. 63 unter Hinweis auf [§ 107 Abs. 2 Nr. 2](#) und [§ 43a SGB V](#); zum früheren Recht auch BSG 3.3.1994 - [1 RK 8/93](#), juris), ist diese Anforderung ebenfalls erfüllt. Hierbei ist nicht erforderlich, dass die Einrichtung selbst ärztlich geleitet wird, es genügt eine ärztliche Überwachung und Betreuung der in der Einrichtung lebenden Rehabilitanden; soweit auch Leistungen durch Nichtärzte erbracht werden, müssen diese allgemein ihrer Art nach vom Arzt bestimmt sein (BSG 3.3.1994 a.a.O.). Das Therapiezentrum S wird zwar von einem Diplom-Psychologen geleitet, aus dem Entlassungsbericht geht jedoch hervor, dass die Maßnahme unter verantwortlicher Betreuung durch den leitenden Arzt der Einrichtung, einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stand. Auf Anfrage des Senat hat die Einrichtung dies ausdrücklich bestätigt. Unter diesen Umständen steht der Leistungspflicht der Krankenkasse nicht entgegen, dass die in der Adaptionsmaßnahme durchgeführten Maßnahmen überwiegend arbeits- und sozialtherapeutischer Art waren und eine ärztliche Intervention nicht erforderlich war (vgl. Entlassungsbericht Seite 6, Bl. 43 der Gerichtsakte). Entscheidend ist vielmehr, dass die Maßnahme (zumindest auch) der Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung gedient hat und unter ärztlicher Verantwortung und Aufsicht stand. Es kommt nicht darauf an, ob eine ärztliche Behandlung oder sonstige Maßnahmen der Krankenbehandlung durchgeführt wurden oder dem Umfang nach überwogen haben.

c) Dem Erstattungsanspruch des Klägers steht nicht entgegen, dass die Leistung in einer Einrichtung erbracht wurde, mit der kein Versorgungsvertrag gemäß [§ 111 SGB V](#) bestand. Nach [§ 111 Abs. 1 SGB V](#) dürfen die Krankenkassen stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen zwar nur in Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht. Diese Bestimmung beschränkt jedoch nicht die Zuständigkeit der Krankenkasse, sondern regelt lediglich die Ausführung der Leistung durch die Krankenkassen. Nach [§ 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX](#) kann der leistende Rehabilitationsträger Erstattung der Aufwendungen nach den für ihn geltenden Vorschriften verlangen. Es kommt daher nicht darauf an, ob die konkrete Maßnahme in einer für die krankenversicherungsrechtliche Rehabilitation zugelassenen Einrichtung erbracht wurde.

d) Auch für die Höhe der Aufwendungen kommt es auf die für den leistenden Rehabilitationsträger geltenden Vorschriften an. Der Sozialhilfeträger hat daher Anspruch auf Erstattung sämtlicher von ihm nach den sozialhilfrechtlichen Vorschriften aufgebrauchten Aufwendungen unabhängig davon, ob diese auch nach den für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Vorschriften zu leisten gewesen wären. Verstöße gegen sozialhilfrechtliche Vorschriften sind weder von der Beklagten geltend gemacht noch sonst ersichtlich. Der Erstattungsanspruch besteht daher auch in der geltend gemachten Höhe.

III. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#).

Die Revision wird wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)) zugelassen.

Rechtskraft

Aus

Login

RPF

Saved

2007-03-21