

B 13 RJ 17/01 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
13
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
-

Datum
15.09.1999
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
-

Datum
20.03.2001
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 13 RJ 17/01 R

Datum
14.03.2002
Kategorie
Urteil

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 20. März 2001 aufgehoben. Die Sache wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozial- gericht zurückverwiesen.

Gründe:

I

Die Beteiligten streiten über die Erstattung der Kosten ambulanter und stationärer ärztlicher Behandlungen, die während einer stationären medizinischen Leistung zur Rehabilitation (Reha) erfolgt sind.

Mit Bescheid vom 9. August 1995 bewilligte die Beklagte dem damals drogenabhängigen, bei ihr rentenversicherten G. Z. (Versicherter) als medizinische Leistung zur Reha eine stationäre Heilbehandlung für die Zeit vom 16. Oktober 1995 bis 30. September 1996 in der Rehabilitationseinrichtung (Fachklinik) E. , H.

Während seines Klinikaufenthaltes begab sich der Versicherte, der keiner Krankenversicherung angehörte, mehrfach in ambulante Behandlung, und zwar am 17. Oktober, 15. und 21. November 1995 sowie am 14., 17., 19. und 21. Juni 1996 (wegen Follikulitis, Reizhusten, Verdacht auf (Va) Kälteurtikaria, Va Hepatitis C und Anstieg der Leberwerte), wodurch Kosten in Höhe von 274,68 DM (104,31 DM im 4. Quartal 1995 und 170,37 DM im 2. Quartal 1996) entstanden. Weiterhin fielen Arzneimittelkosten in Höhe von 15,92 DM an. Außerdem war der Versicherte von Februar bis April 1996 in ambulanter zahnärztlicher Behandlung, die Kosten in Höhe von 505,09 DM (302,93 DM im 1. Quartal 1996 und 202,16 DM im 2. Quartal 1996) verursachte. Schließlich wurde der Versicherte vom 23. Juli bis 14. August 1996 wegen steigender Bilirubinwerte infolge unerwarteter Aktivierung der Hepatitis C im Krankenhaus S. , H. , stationär behandelt, wobei Kosten in Höhe von 7.879,99 DM anfielen. Die Gesamtkosten der Behandlungen in Höhe von 8.675,68 DM trug der Kläger als Träger der Sozialhilfe. Die mit Schreiben des Klägers vom 24. September 1996 geltend gemachte Erstattung der für die Zeit ab 1. Juli 1996 angefallenen Kosten lehnte die Beklagte mit Schriftsatz vom 24. Oktober 1996 ab. Mit Schreiben vom 25. Oktober 1996 machte der Kläger ergänzend auch Kostenerstattung für die Krankenhilfeleistungen geltend, die dem Versicherten vor dem 1. Juli 1996, und zwar ab 17. Oktober 1995, erbracht worden waren.

Auf die vom Kläger erhobene Klage hat das Sozialgericht Stuttgart (SG) die Beklagte verurteilt, dem Kläger die Kosten für ärztliche Behandlungen des Versicherten in Höhe von 8.675,68 DM zu erstatten (Urteil vom 15. September 1999). Zur Begründung hat es ausgeführt, die Voraussetzungen des [§ 104 Abs 1](#) des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) seien erfüllt. Der Versicherte habe wegen Erkrankungen, die (interkurrent) während der Durchführung der Entwöhnungsbehandlung aufgetreten seien, gegenüber der Beklagten einen vorrangigen Anspruch auf entsprechende ärztliche Behandlungen. Dies folge insbesondere aus dem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 13. Januar 1999 ([SozR 3-2600 § 13 Nr 2](#)).

Die vom SG zugelassene, von der Beklagten eingelegte Berufung hat das Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) durch Urteil vom 20. März 2001 im Wesentlichen mit folgender Begründung zurückgewiesen: Das SG habe den vom Kläger geltend gemachten Erstattungsanspruch zu Recht bejaht. Insoweit werde gemäß [§ 153 Abs 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) auf die Gründe des erstinstanzlichen Urteils verwiesen. Im Anschluss an die Rechtsprechung des BSG (Bezug auf [SozR 3-2600 § 13 Nr 2, 3](#)) werde [§ 13 Abs 2 Nr 1 Halbsatz 2](#) des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) als gesetzliche Grundlage der Leistungspflicht der Beklagten für (weitere) medizinische Leistungen zur Reha bezüglich solcher akut behandlungsbedürftigen Krankheiten angesehen, die während einer medizinischen Leistung zur Reha aufgetreten seien. Entscheidend für die Leistungszuständigkeit der Beklagten sei der Zeitpunkt des Auftretens der akuten

Behandlungsbedürftigkeit. Trete diese während der medizinischen Leistung zur Reha auf, entstehe eine Leistungsverpflichtung der Beklagten auch in Bezug auf in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit des Versicherten erforderlich werdende medizinische Maßnahmen. Dies folge aus dem Wortlaut des [§ 13 Abs 2 Nr 1 Halbsatz 2 SGB VI](#) sowie dem systematischen Zusammenhang von Abs 1 und Abs 4 der Vorschrift.

Gegen diese Entscheidung hat die Beklagte die vom LSG zugelassene Revision eingelegt. Während des Revisionsverfahrens hat der Kläger mit Schriftsatz vom 30. Oktober 2001 erklärt, im Hinblick auf das zwischenzeitlich ergangene Urteil des erkennenden Senats vom 21. Juni 2001 ([SozR 3-2600 § 13 Nr 4](#)) werde eine Erstattung der Kosten für die zahnärztliche Behandlung des Versicherten in Höhe von 505,09 DM und für das verordnete Arzneimittel in Höhe von 15,92 DM nicht mehr geltend gemacht.

Die Beklagte rügt eine Verletzung von [§ 104 SGB X](#) iVm [§ 13 Abs 2 Nr 1](#), [§ 15 Abs 1 SGB VI](#) sowie [§ 31](#) des Ersten Buches Sozialgesetzbuch und führt dazu aus: [§ 13 Abs 2 Nr 1 Halbsatz 2 SGB VI](#) besage lediglich, dass der Rentenversicherungsträger während einer laufenden medizinischen Reha-Leistung trotz Vorliegens einer Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit die begonnene Reha weiterführen könne, die laufende Maßnahme also nicht zwangsläufig beenden müsse. Durch diese dem Rentenversicherungsträger eingeräumte Wahlmöglichkeit solle verhindert werden, dass eine unnötige Unterbrechung der Reha-Maßnahme erfolge, die sich im Nachhinein negativ auf deren Erfolg auswirken könne. Der Vorschrift lasse sich jedoch nicht entnehmen, dass der Rentenversicherungsträger auch eine infolge des Eintritts einer Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit erforderliche Krankenbehandlung übernehmen müsse. Im vorliegenden Fall stünden die beim Versicherten während der Reha-Maßnahme aufgetretenen Erkrankungen in keinem ursächlichen Zusammenhang mit der bewilligten Reha-Leistung und hätten auch deren Erfolg nicht gefährdet. Es habe sich vielmehr um typische Alltagsleiden gehandelt, die sonst regelmäßig zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt würden.

Nach Bekanntwerden des og Urteils des erkennenden Senats vom 21. Juni 2001 hat die Beklagte ergänzend vorgetragen: Die Kosten für die hier streitigen Behandlungen seien durch solche Akutbehandlungen des Versicherten entstanden, die zwar dem Ziel der Abklärung bzw Besserung des Gesundheitszustandes des Rentenversicherten gedient haben könnten, jedoch ohne entscheidenden Einfluss auf dessen erheblich gefährdete oder geminderte Erwerbsfähigkeit gewesen seien. Auch seien die Akutbehandlungen nicht Bestandteil eines einheitlichen Behandlungskonzeptes gewesen. Insbesondere seien durch den Aufenthalt des Versicherten in der Klinik S. weder dessen Reha-Fähigkeit beeinträchtigt noch das Reha-Ziel gefährdet gewesen. Dies ergebe sich aus der Äußerung der Fachklinik E. vom 18. Mai 1999. Selbst wenn man die behandelten Erkrankungen als typische Folge- oder Begleiterscheinungen des Reha-Leidens ansehe, hätten die jeweiligen Behandlungen eines eigenständigen Therapiekonzeptes bedurft, das wiederum den Anforderungen des [§ 9 SGB VI](#) hätte entsprechen müssen.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 20. März 2001 sowie das Urteil des SG Stuttgart vom 15. September 1999, soweit diese Entscheidungen nicht durch Klagerücknahme im Revisionsverfahren erledigt sind, aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Er hält das Berufungsurteil in dem noch angefochtenen Umfang nach den Grundsätzen der og Entscheidung des erkennenden Senats vom 21. Juni 2001 hinsichtlich der geltend gemachten Behandlungskosten in Höhe von 4.169,42 Euro (8.154,67 DM) für zutreffend, da die Kosten für die ambulanten ärztlichen Behandlungen mit der Drogenabhängigkeit des Versicherten und demnach mit dem Reha-Ziel der damaligen Entwöhnungsbehandlung in enger Verbindung gestanden hätten. Aus diesem Grunde seien von der Beklagten nach den vom BSG entwickelten Grundsätzen insbesondere die Kosten für die Krankenhausbehandlung zu übernehmen, da diese wegen unerwarteter Aktivierung der Hepatitis C erforderlich geworden sei.

II

Der Senat kann über die Revision der Beklagten aufgrund mündlicher Verhandlung entscheiden, obwohl der Kläger nicht an ihr teilgenommen hat; denn dieser ist zu dem Termin ordnungsgemäß geladen und auf die Folgen seines Ausbleibens hingewiesen worden (vgl [§ 110 Abs 1](#), [§ 124 Abs 1](#), [§ 153 Abs 1](#), [§ 165 SGG](#)).

Die Revision der Beklagten ist insoweit begründet, als sie zur Aufhebung des Berufungsurteils - soweit dieses nicht durch Einschränkung des Erstattungsbegehrens gegenstandslos geworden ist - und Zurückverweisung der Sache an das LSG führt. Die bisherigen Tatsachenfeststellungen lassen eine abschließende Entscheidung über die vom Kläger noch aufrechterhaltenen Erstattungsforderung nicht zu.

Gegenstand des Revisionsverfahrens ist die Erstattung der Kosten, die der Kläger für die ambulanten ärztlichen Behandlungen des Versicherten von Oktober bis November 1995 in Höhe von 104,31 DM und im Juni 1996 in Höhe von 170,37 DM sowie für dessen im Juli/August 1996 erfolgte Krankenhausbehandlung in Höhe von 7.879,99 DM, somit insgesamt in Höhe von 8.154,67 DM bzw 4.169,42 Euro, verauslagt hat. Nicht mehr streitig sind die zahnärztlichen Behandlungskosten in Höhe von 505,09 DM sowie die Kosten für das verordnete Arzneimittel in Höhe von 15,92 DM, nachdem der Kläger mit Schreiben vom 30. Oktober 2001 mitgeteilt hat, diese Kosten nicht mehr geltend zu machen. In dieser Erklärung liegt eine teilweise Klagerücknahme, die gemäß [§ 102 Satz 1 SGG](#) noch bis zur Rechtskraft des Urteils möglich ist (vgl auch Pawlik in Hennig, SGG, Stand Februar 2002, § 102 RdNr 19 ff mwN).

Als Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Erstattungsanspruch kommt allein [§ 104 Abs 1 SGB X](#) in Betracht. Dieser bestimmt: Hat ein nachrangig verpflichteter Leistungsträger Sozialleistungen erbracht, ohne dass die Voraussetzungen von [§ 103 Abs 1 SGB X](#) vorliegen, ist der Leistungsträger erstattungspflichtig, gegen den der Berechtigte vorrangig einen Anspruch hat oder hatte, soweit der Leistungsträger nicht bereits geleistet hat, bevor er von der Leistung des anderen Leistungsträgers Kenntnis erlangt hat (Satz 1). Nachrangig verpflichtet ist ein Leistungsträger, soweit dieser bei rechtzeitiger Erfüllung der Leistungsverpflichtung eines anderen Leistungsträgers selbst nicht zur Leistung verpflichtet wäre (Satz 2; vgl dazu auch Satz 3). [§ 104 SGB X](#) geht somit davon aus, dass Leistungspflichten (mindestens) zweier Leistungsträger bestehen, wobei die Verpflichtung des einen der des anderen wegen System- oder Einzelsanspruchssubsidarität nachgeht

(vgl zB [BSGE 74, 36](#), 38 = [SozR 3-1300 § 104 Nr 8](#)).

Zwar hat der Kläger dem Versicherten gemäß § 37 des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) - damaliger Fassung - die streitigen ambulanten ärztlichen und stationären Behandlungen als Krankenhilfe gewährt. Diese Leistungspflicht wäre nach § 2 BSHG gegenüber einer entsprechenden Verpflichtung der Beklagten nachrangig gewesen. Nach den bisherigen Feststellungen des LSG kann aber noch nicht beantwortet werden, ob die Beklagte diese Behandlungen dem Versicherten zu erbringen hatte.

Maßgebend für die Leistungspflicht der Beklagten sind insoweit die [§§ 9 ff SGB VI](#) (vgl im Einzelnen Urteil des erkennenden Senats vom 21. Juni 2001 ([SozR 3-2600 § 13 Nr 4](#))). Diese Vorschriften sind durch das Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19. Juni 2001 ([BGBl I 1046](#)) mit Wirkung vom 1. Juli 2001 teilweise modifiziert worden (vgl Art 1, Art 6 Nr 6 bis 13, Art 68 Abs 1). Gemäß Art 67 Abs 1 Nr 1 dieses Gesetzes sind auf Leistungen zur Teilhabe jedoch die Vorschriften in der vor dem Tag des Inkrafttretens dieses Gesetzes geltenden Fassung weiter anzuwenden, wenn vor diesem Tag der Anspruch entstanden ist. Entsprechendes hat auch für einen darauf beruhenden Erstattungsanspruch zu gelten (vgl auch BSG [SozR 3-2600 § 118 Nr 2](#)).

Bei den Vorschriften der [§§ 9 ff SGB VI](#) handelt es sich um ein System von Bestimmungen, die sowohl die Anspruchsvoraussetzungen als auch Art und Umfang von Reha-Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung regeln. Zwar könnten nach der "offenen" Regelung des [§ 15 SGB VI](#) die den vorliegenden Rechtsstreit zugrunde liegenden ambulanten und stationären ärztlichen Behandlungen ihrer Art nach zu den in [§ 9 Abs 1 SGB VI](#) angesprochenen medizinischen Leistungen zur Reha gehören. Die Leistungszuständigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung wird jedoch mehrfach begrenzt: Zum einen muss die Reha-Leistung iS von [§ 9 Abs 1 SGB VI](#) dafür bestimmt und geeignet sein, Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken, die infolge einer Krankheit oder Behinderung drohen oder bereits eingetreten sind. Zum anderen erbringt der Träger der Rentenversicherung nach [§ 13 Abs 2 Nr 1 SGB VI](#) ua nicht Leistungen zur Reha in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit, es sei denn, die Behandlungsbedürftigkeit tritt während der medizinischen Leistungen zur Reha ein.

Die letztgenannte Vorschrift enthält eine Ausschlussklausel mit Rückausnahmeregelung, jedoch keine eigenständige Anspruchsgrundlage (vgl dazu BSG [SozR 3-2600 § 13 Nr 2](#), 4). Dabei knüpfen sowohl der in Halbsatz 1 der Vorschrift normierte Ausschluss von Reha-Leistungen als auch die dazugehörige Rückausnahme (Halbsatz 2) nicht bei der akuten Behandlungsbedürftigkeit irgendeiner gerade vorliegenden, sondern nur einer solchen Krankheit an, die für die Bewilligung der betreffenden Maßnahme bestimmend war; dh die Abgrenzung zwischen Akutbehandlung und Reha-Behandlung bezieht sich auf ein und dieselbe Erkrankung (vgl auch [BT-Drucks 11/4124 S 155](#)). Mithin ist die Leistungszuständigkeit der Rentenversicherung nur insoweit ausgeschlossen, als sich das den Reha-Bedarf begründende Leiden (noch) in einer Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit befindet. Die Durchführung einer medizinischen Reha-Maßnahme scheitert aber nicht von vornherein allein daran, dass der Versicherte an irgendeiner akut behandlungsbedürftigen Krankheit leidet, es sei denn, diese beeinträchtigte seine Reha-Fähigkeit iS von [§ 10 Nr 2 SGB VI](#). Folglich sind bei einer rehabilitationsbedürftigen Suchterkrankung - wie sie hier bei dem Versicherten vorlag - medizinische Reha-Leistungen der Rentenversicherung solange ausgeschlossen, als noch eine Entgiftung erforderlich ist (vgl dazu [BSGE 82, 143](#) = [SozR 3-2600 § 13 Nr 1](#)), nicht jedoch bereits dann, wenn eine davon unabhängige Krankheit des Versicherten akut einer Behandlung bedarf.

Im Gegensatz zur Auffassung der Vorinstanzen, die insoweit auf das Urteil des erkennenden Senats vom 13. Januar 1999 ([SozR 3-2600 § 13 Nr 2](#)) Bezug genommen haben, kann als Abgrenzungskriterium nicht allein auf den Zeitpunkt des Auftretens der akuten Behandlungsbedürftigkeit abgestellt werden. Bereits in seinem Urteil vom 21. Juni 2001 ([SozR 3-2600 § 13 Nr 4](#)), das jedoch erst nach der angefochtenen Entscheidung erging, hat der erkennende Senat darauf hingewiesen, dass die in [§ 13 Abs 3 SGB VI](#) vorgesehene Möglichkeit einer Leistungserbringung des Rentenversicherungsträgers für den Krankenversicherungsträger nichts an der allgemeinen Leistungsgrenze der Rentenversicherung, insbesondere im Verhältnis zur Sozialhilfe, ändert. Auch wurde in diesem Urteil schon dargelegt, dass an diesbezüglichen Äußerungen im Urteil des erkennenden Senats vom 13. Januar 1999, die evtl anders verstanden werden konnten, nicht mehr festgehalten wird.

Ein Anspruch des Klägers gegen die Beklagte auf Kostenerstattung könnte sich danach nur ergeben, wenn die streitigen Behandlungen des Versicherten als von der bewilligten Reha-Maßnahme mitumfasst anzusehen wären. Dies wäre zum einen dann der Fall, wenn sie sich unmittelbar auf die Drogenabhängigkeit bezogen hätten, die für die Bewilligung der medizinischen Leistung zur Reha bestimmend war. Zum anderen wäre die Beklagte nach der Rechtsprechung des BSG für die Erbringung der betreffenden medizinischen Leistungen, die bei isolierter Betrachtung möglicherweise in die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers fallen würden, auch dann zuständig, wenn diese mit der von ihr gewährten Reha-Maßnahme eng verbunden waren. Dabei ist vom erkennenden Senat der Gesichtspunkt eines einheitlichen medizinisch begründeten Behandlungskonzepts betont worden (vgl BSG [SozR 3-2200 § 1237 Nr 4 S 20](#)). Ein derartiger therapeutischer Zusammenhang ergibt sich in erster Linie daraus, dass sich die betreffenden Einzelmaßnahmen auf das eigentliche Reha-Leiden beziehen. Hierbei wurde immer auf einen einheitlichen Zusammenhang in dem Sinne abgestellt, dass die betreffende medizinische Maßnahme letztlich notwendige Voraussetzung gerade für die Erreichung des Reha-Zieles war. Die besondere Bedeutung des Reha-Zieles wird letztlich auch in [§ 15 Abs 3 Satz 2 SGB VI](#) deutlich, wonach stationäre medizinische Reha-Leistungen länger als drei Wochen erbracht werden können, wenn dies erforderlich ist, um das Reha-Ziel zu erreichen. Hingegen bedarf die Behandlung anderer Erkrankungen, und seien es auch typische Folge- oder Begleiterscheinungen des Reha-Leidens, grundsätzlich eines eigenständigen Therapiekonzeptes, das seinerseits den Maßgaben des [§ 9 Abs 1 SGB VI](#) entsprechen muss.

Die berufsgerichtlichen Tatsachenfeststellungen reichen nicht aus, um gemessen an diesen Kriterien bezüglich der noch streitbefangenen medizinischen Behandlungen eine Leistungspflicht der Beklagten bejahen oder verneinen zu können.

Das LSG hat zunächst nicht geprüft, ob die betreffenden (hier streitigen ärztlichen) Behandlungen unmittelbar zum Gegenstand der von der Beklagten bewilligten medizinischen Leistungen zur Reha gehörten. Hierfür sprechen nach den Gesamtfeststellungen des LSG allerdings keine Anhaltspunkte. Denn in dem Bescheid der Beklagten vom 9. August 1995 wurde lediglich "eine stationäre Heilbehandlung in der Rehabilitationseinrichtung (Fachklinik) E. , H. " als medizinische Leistung zur Reha bewilligt. Nach den für die Auslegung des Regelungsgehalts mit heranzuziehenden Umständen der Antragstellung kann davon ausgegangen werden, dass diese insoweit nicht näher bestimmte Maßnahme (ausschließlich) der Entwöhnung des Versicherten von seiner Drogensucht dienen sollte.

Ebenso wenig hat das LSG in seinem Urteil, das - wie bereits erwähnt - vor der insoweit maßgeblichen Entscheidung des erkennenden Senats vom 21. Juni 2001 ergangen ist, Feststellungen dazu getroffen, ob die streitigen Behandlungen noch in einem hinreichend engen Zusammenhang mit dem Reha-Ziel standen. Vielmehr hat es allein auf den zeitlichen Zusammenhang der Behandlungen mit der Reha-Maßnahme abgestellt. Insoweit ist die Vorinstanz insbesondere nicht auf das Schreiben der Fachklinik E. vom 18. Mai 1999 an die Beklagte eingegangen, worin die Auffassung vertreten wird, dass die außerhalb der Reha-Klinik durchgeführten Behandlungen zur Erreichung des Reha-Zieles nicht zwingend erforderlich gewesen seien.

Diesbezügliche Feststellungen des LSG wären nur dann nicht entscheidungserheblich, wenn der Versicherte gegen die Beklagte einen eigenständigen Anspruch auf Gewährung der streitigen Behandlungen als medizinische Leistungen zur Reha gehabt hätte. Aber auch insoweit fehlen Feststellungen des LSG, insbesondere dazu, ob diese Behandlungen den Anforderungen des [§ 9 Abs 1 SGB VI](#) entsprachen (vgl dazu im Einzelnen BSG [SozR 3-2600 § 13 Nr 4 S 29 f](#)).

Da der erkennende Senat die danach erforderlichen weiteren Ermittlungen im Revisionsverfahren nicht selbst durchführen kann (vgl [§ 163 SGG](#)), ist das Berufungsurteil gemäß [§ 170 Abs 2 Satz 2 SGG](#) aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurückzuverweisen.

Dabei wird das LSG insbesondere folgende Gesichtspunkte zu beachten haben:

Zunächst sind die Erkrankungen des Versicherten, deretwegen die interkurrenten Behandlungen erforderlich waren, genau festzustellen. Das LSG ist in den Urteilsgründen davon ausgegangen, dass die ambulanten Behandlungen erforderlich waren wegen "Follikulitis, Reizhusten, Va Kälteurtikaria, Va Hepatitis C und Anstieg der Leberwerte", ohne darzulegen, worauf es letztlich diese Auffassung stützt. Sie beruht wohl auf Angaben der Fachklinik E. in einem an die Beklagte gerichteten Schreiben vom 18. Mai 1999, wonach die Behandlung des Versicherten vom 17. Oktober 1995 bis 21. Juni 1996 wegen interkurrenter Erkrankungen (Diagnosen: Follikulitis (gerötete, schmerzhafte Knötchen mit zentraler, von einem Haar durchbohrter Pustel, vgl Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Aufl), Reizhusten, Va Kälteurtikaria (Quaddelbildung, vgl Pschyrembel aaO), Beratungen und Gespräche wegen Hepatitis C und Anstieg von Leberwerten) nötig und nicht mit den Mitteln der Klinik zu erbringen gewesen seien. Das LSG hat sich aber nicht mit den - jedenfalls teilweise - abweichenden Diagnosen auseinander gesetzt, die auf den Behandlungsscheinen für das 4. Quartal 1995 (Hepatitis C, Polytoxikomanie (Bezeichnung für Abhängigkeit von verschiedenen Suchtstoffen, vgl Pschyrembel aaO), Adipositas und Follikulitis) und für das 2. Quartal 1996 (Polytoxikomanie, Hepatitis C und Va Kälteurtikaria) vermerkt waren. Entsprechendes gilt für die Einweisung des Versicherten in die Klinik S., die laut Verordnung der Ärztin Dr. D. mit der Diagnose "Va Hepatitis C" erfolgt ist, während das LSG in den Urteilsgründen sich nur auf das og Schreiben der Reha-Klinik stützt, wonach die stationäre Behandlung zur "diagnostischen Abklärung von steigenden Bilirubinwerten auf Grund plötzlicher Aktivierung der Hepatitis C" notwendig gewesen sei.

Sodann wird das LSG weiter zu prüfen haben, ob die einzelnen Erkrankungen beim Versicherten in einem engen Zusammenhang mit der Reha-Maßnahme standen. Dabei stellt sich insbesondere die Frage eines einheitlichen medizinisch begründeten Behandlungskonzeptes. Ferner könnte zu untersuchen sein, ob die betreffenden Behandlungen für sich genommen die Voraussetzungen der [§§ 9 ff SGB VI](#) erfüllt haben.

Das LSG hat auch die Einhaltung der Ausschlussfrist des [§ 111 SGB X](#) beachten müssen, nach dessen Satz 1 der Anspruch auf Erstattung ausgeschlossen ist, wenn der Erstattungsberechtigte ihn nicht spätestens zwölf Monate nach Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung erbracht wurde, geltend macht. Nach Satz 2 der Vorschrift beginnt der Lauf der Frist allerdings frühestens mit dem Zeitpunkt, zu dem der erstattungsberechtigte Leistungsträger von der Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über seine Leistungspflicht Kenntnis erlangt hat. Diese Regelung könnte die Kostenerstattung für die ambulante ärztliche Behandlung des Versicherten am 17. Oktober 1995 berühren, die vom Kläger bei der Beklagten erst mit Schreiben vom 25. Oktober 1996 geltend gemacht worden ist.

Das Berufungsgericht wird im Übrigen zu prüfen haben, ob der Versicherte zum Rechtsstreit notwendig beigeladen werden muss ([§ 75 Abs 2 SGG](#); vgl BSG [SozR 3-1300 § 111 Nr 7](#); BSG [SozR 1500 § 75 Nr 80](#); BSG vom 15. November 1989 - [5 RJ 78/88](#) -, USK 89170; BSG [SozR 1500 § 75 Nr 73](#); vgl aber auch BSG vom 17. November 1987 - [4a RJ 5/87](#) - Umdruck S 6, Urteilsgründe insoweit nicht in [SozR 2200 § 1237 Nr 21](#) abgedruckt).

Schließlich wird das LSG über die Kosten des Revisionsverfahrens zu entscheiden haben.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-08-25