

L 1 KR 502/06

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 15 RA 3418/04
Datum
18.05.2005
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 1 KR 502/06
Datum
11.04.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen. Die Klägerin hat die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten Kostenerstattung für Rehabilitationsleistungen für die Versicherte (V) E S (geb. 1943).

Diese beantragte am 19. März 2003 Rehabilitationsmaßnahmen bei der Klägerin. Im ärztlichen Befundbericht vom 7. März 2003 der Ärztin für Innere Medizin L hierfür wird zur Begründung ein ausgeprägter psychosomatischer Erschöpfungszustand bei anhaltenden LWS-Beschwerden mit Ausstrahlung in die linke Hüfte und anderes angegeben. Mit Bescheid vom 3. April 2003 bewilligte die Klägerin der V zunächst eine ambulante/teilstationäre Heilbehandlung. Sie änderte diese Bewilligung mit Bescheid vom 29. April 2004 in eine für medizinische Leistungen zur Rehabilitation im Sinne des § 15 Sozialgesetzbuch 6. Buch (SGB VI) für die Dauer von voraussichtlich drei Wochen in der WKlinik der BfA in B. Der Bescheid enthält (nur) den Hinweis, dass eine Zuständigkeit für die Rehabilitationsleistung nach den ausdrücklichen Bestimmungen des SGB VI nur gegeben sei, wenn bis zum Ende der Rehabilitationsleistung keine Leistung bezogen würden, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt würden nach [§ 12 Abs. 1 Nr. 4](#) a SGB VI.

Am 28. Mai 2003 stellte die V bei der Klägerin einen Antrag auf Altersrente für Frauen.

Mit Schreiben vom 20. Juni 2003 (Eingang 25. Juni 2003) meldete die Klägerin bei der Beklagten einen Erstattungsanspruch nach § 14 Abs. 4 Sozialgesetzbuch, 9. Buch (SGB IX) analog an. Die V sei durch ihren Antrag auf Altersrente im Hinblick auf [§ 12 Abs. 1 Nr. 4](#) a SGB VI aus dem anspruchsberechtigten Personenkreis für Rehabilitationsleistungen ausgeschieden. Die Klägerin werde der Regelung des [§ 14 SGB IX](#) Rechnung tragen, indem sie die Reha-Maßnahme trotz Ausschlussgrund gemäß [§ 12 Abs. 1 Nr. 4](#) a SGB VI gewähre.

Die Kur fand vom 27. August 2003 bis 17. September 2003 statt. Die Kurklinik diagnostizierte eine chronische Lumboischialgie links, Coxalgie beidseits, links mehr als rechts sowie ein psychovegetatives Erschöpfungssyndrom. Unter "gegenwärtige therapierende bzw. behandelnde Ärzte" sind ein Hausarzt und ein Orthopäde verzeichnet. Die V habe bis Mai 2003 Krankengymnastik mit sehr gutem Erfolg erhalten und trage Schuheinlagen. In der Kur habe sie Krankengymnastik, diätische Schulung, Einführung in Stressbewältigungsstrategien sowie ein Ergonomietraining erhalten und sei über notwendige Verhaltensänderungen informiert worden, die durch Abbau vermeidbarer Fehlbelastungen in Verbindung mit einer Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit einen langfristigen Beschwerderückgang erwarten lassen sollten.

Die V erhält seit dem 1. Oktober 2003 Altersrente für Frauen aufgrund eines Bescheides vom 8. August 2003.

Mit Schreiben vom 29. Oktober 2003 machte die Klägerin einen Erstattungsanspruch wegen der Rehabilitationskosten in Höhe von insgesamt 2.116,53 Euro für Pflegekosten, Fahrgeld sowie Gutachterkosten abzüglich Zuzahlung gemäß [§ 32 SGB VI](#) geltend. I " Der Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sei nach [§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#) an die Klägerin weitergeleitet worden. Deshalb werde ein Anspruch gemäß [§ 14 Abs. 4 SGB IX](#) geltend gemacht, weil die Klägerin nicht zuständig sei." Die Beklagte wies mit Schreiben vom 23. Dezember 2003 den Erstattungsanspruch zurück. Die Klägerin hätte den Reha-Antrag gemäß [§ 14 Abs. 1 SGB VI](#) binnen zwei Wochen an den dafür für zuständig erachteten Leistungsträger weiterleiten müssen. Ein Erstattungsanspruch unter Anwendung des § 105 Sozialgesetzbuch, 10. Buch (SGB IX) sei deshalb nach [§ 14 Abs. 4 Satz 3 SGB IX](#) ausgeschlossen. Die Klägerin stellte mit Schreiben vom 7. Januar 2004 klar, dass der Rentenanspruch erst am 29. Mai 2003 bei ihr eingegangen sei, also weit nach Ablauf der Frist nach [§ 14 Abs. 1 SGB IX](#) und nach Erteilung des Bewilligungsbescheides. Die Beklagte antwortete mit Schreiben vom 22. Januar 2004. Auch wenn nachträglich ein

Ausschlussgrund nach [§ 12 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) eingetreten sei, begründe dies nicht einen Erstattungsanspruch nach [§ 14 Abs. 4 SGB IX](#). Die Bewilligung der stationären Reha-Maßnahme hätte noch widerrufen werden können.

Die Klägerin hat am 10. Juni 2004 Klage vor dem Sozialgericht Berlin (SG) erhoben. Sie habe im Hinblick auf [§ 14 Abs. 2 SGB IX](#) bei festgestelltem Rehabilitationsbedarf die Leistungen erbringen müssen, obwohl nach Bewilligung der Ausschlussgrund des [§ 12 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) eingetreten sei. Ohne Verletzung ihrer Sorgfaltspflicht sei ihr aus Fristgründen die Weiterleitung des Antrags nach [§ 14 Abs. 1 SGB IX](#) verwehrt gewesen. Die Zuständigkeiten und die Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen seien im 9. Sozialgesetzbuch weder zusammengefasst noch inhaltlich neu gestaltet worden, wie sich aus der Gesetzesbegründung zu [§ 7 Abs. 2 SGB IX](#) ergebe. Diese Regelungsabsicht ginge in Fällen unverschuldeter und unzuständiger Leistungserbringung ins Leere, wenn auch dann Erstattungsansprüche ausgeschlossen seien. Deshalb müsse [§ 14 Abs. 4 SGB IX](#) analog angewendet werden.

Die Beklagte hat vorgebracht, es fehle bereits an einem Leistungsausschlussgrund nach [§ 12 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#), weil der Rentenanspruch erst nach Leistungsbewilligung erfolgt sei. [§ 14 Abs. 4 SGB IX](#) sei nicht einschlägig, weil diese Vorschrift eine anfängliche Unzuständigkeit des leistenden Leistungsträgers voraussetze. Eine solche sei hier nicht gegeben gewesen. Eine analoge Anwendung scheitere bereits daran, dass keine planwidrige Regelungslücke vorliege.

Das SG hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 18. Mai 2005 abgewiesen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Reha-Leistungen. Anspruchsgrundlage sei insbesondere nicht [§ 14 Abs. 4 SGB IX](#). Die unmittelbare Anwendung dieser Vorschrift setze voraus, dass der Antrag gemäß [§ 14 Abs. 1 Satz 2 bis 4 SGB IX](#) an den leistenden und jetzt Erstattung begehrenden Träger weitergeleitet worden sein müsse. Hier sei der Antrag direkt bei der Klägerin gestellt worden. Im Schreiben vom 20. Juni 2003 könne keine Weiterleitung gesehen werden, da dieses Schreiben nach Ablauf der zweiwöchigen Frist nach [§ 14 Abs. 1 Satz SGB IX](#) aufgesetzt worden sei. Es komme auch keine analoge Anwendung des [§ 14 Abs. 4 SGB IX](#) in Betracht. Es bestehe keine Regelungslücke. Ziel des [§ 14 SGB IX](#) sei es, durch ein auf Beschleunigung gerichtetes Zuständigkeits-Klärungsverfahren die möglichst schnelle Leistungserbringung zu sichern (Bezugnahme auf [BT-Drucksache 14/5074 Seite 85](#) und Seite 102). Dafür sei es nicht nötig, dass auch der zunächst zuständige, später unzuständig werdende Reha-Träger einen Erstattungsanspruch an den letztlich zuständigen Reha-Träger habe. Zwar könne dies zum Ausschluss von Erstattungsansprüchen nach [§ 105 SGB X](#) führen, dies erscheine jedoch eher hinnehmbar als die verzögerte Klärung der Zuständigkeit (GA Blatt 29 ff.). Gegen eine analoge erweiternde Auslegung spreche [§ 14 Abs. 4 Satz 3 SGB IX](#). Diese Vorschrift mache deutlich, dass der unzuständige Rehabilitationsträger, der den Antrag nicht weitergeleitet und die Leistung dennoch erbracht habe, einen Erstattungsanspruch weder aus [§ 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX](#) noch aus [§ 105 SGB X](#) geltend machen könne. Dies gelte auch in den Fällen, in denen sich die Unzuständigkeit erst im Nachhinein ergebe. Ein Erstattungsanspruch aus [§ 105 SGB X](#) scheitere zudem auch am hier nicht gegebenen Erfordernis anfänglicher Unzuständigkeit des Leistungsträgers. Zur Überzeugung der Kammer stehe nämlich fest, dass die V nicht bereits zum Zeitpunkt des Reha-Antrags die Absicht gehabt habe, in den nächsten sechs Monaten den Antrag auf Rente nach [§ 237 SGB VI](#) zu stellen, noch habe der Rentenbezug binnen sechs Monaten nach dem Antrag der Versicherten begonnen.

Gegen diesen Gerichtsbescheid hat die Klägerin zunächst Berufung erhoben. Sie hat diese später zurückgenommen und Beschwerde erhoben mit dem Antrag, die Berufung zuzulassen (GA Blatt 72). Die Beklagte ist dem entgegengetreten, weil [§ 14 Abs. 4 SGB IX](#) eine eindeutige und abschließende Regelung enthalte (GA Blatt 76 ff.).

Der Senat hat mit Beschluss vom 16. November 2006 die Berufung zugelassen (GA Blatt 109).

Die Klägerin hat ihre Rechtsauffassung wiederholt. Es liege eine planwidrige Regelungslücke vor. Der Gesetzgeber habe den Erstattungsanspruch nach [§ 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX](#) nur dem zweitangegangenen Rehabilitationsträger zugebilligt, jedoch nicht dem Erstangegangenen, der Leistungen trotz Unzuständigkeit erbracht habe. Hintergrund des [§ 14 Abs. 4 Satz 3 SGB IX](#) sei es, Rehabilitationsträger davon abzuhalten, sich fahrlässig für zuständig zu erklären. Die Klägerin habe sich jedoch nicht fahrlässig verhalten.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 18. Mai 2005 aufzuheben und die Beklagte zur Zahlung von 2.116,53 Euro zu verurteilen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Auf die von den Beteiligten eingereichten Schriftsätze wird ergänzend Bezug genommen. Der Verwaltungsvorgang der Klägerin (Aktenzeichen 50 200943 S530 8711 12A3) die Verwaltungsakten der Beklagten haben vorgelegen und waren Gegenstand der mündlichen Erörterung.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist unbegründet. Das SG hat im Ergebnis die Klage zu Recht abgewiesen.

[§ 14 Abs. 4 SGB IX](#) schließt zwar Erstattungsansprüche der Klägerin im vorliegenden Falle nach [§ 102 ff SGB X](#) nicht aus. [§ 105 SGB X](#) ist einschlägig. Die Beklagte schuldet jedoch meines Erachtens keine Erstattung, weil sie der V gegenüber nicht gemäß [§ 40 Abs. 1, Abs. 2 Sozialgesetzbuch, 5. Buch \(SGB V\)](#) verpflichtet gewesen wäre, medizinische Rehabilitation zu leisten.

[§ 14 Abs. 4 SGG IX](#) lässt die Erstattungsregelungen des [§ 102 ff SGB X](#) grundsätzlich unberührt. Die Vorschrift verdrängt sie nur teilweise und begründet im Zusammenspiel mit [§ 14 Abs. 1](#) und 2 SGB IX eine nachrangige Zuständigkeit (so zutreffend BSG, Urteil vom 26.06. 2007 - [B 1 KR 34/06 R-](#), Randnummer 10; dem folgend BSG, Urteil vom 28.11.2007 - B [11 a AL 29/06 R -](#)). Mit [§ 14 SGB IX](#) soll nur im Außenverhältnis (behinderter Mensch gegenüber Rehabilitationsträger) rasch die Leistungspflicht festgestellt werden. Blicke es auch im (Innen-) Verhältnis der Rehabilitationsträger untereinander bei der Zuständigkeitsverteilung nach [§ 14 Abs. 1](#) und 2 SGB IX, würden die

Zuständigkeitsnormen außerhalb des SGB IX im Wesentlichen obsolet. Die damit einhergehende Lastenverschiebung ohne Ausgleich würde die Grundlagen des gegliederten Sozialsystems in Frage stellen (BSG, Urteil vom 26. Juni 2007, Randnummer 12 ff, 14). Auch die Erstattungsansprüche müssen dem Primärzweck des [§ 14 SGB IX](#) dienen, der schnellen Zuständigkeitsklärung im Außenverhältnis. Es darf kein Anreiz geschaffen werden, zur Wahrung potentieller Erstattungsansprüche Rehabilitationsanträge -mit der Folge einer vermeidbaren Verzögerung- an einen anderen Träger weiterzuleiten, der sich als zweitangegangener Rehabilitationsträger gegen seine Zuständigkeit im Außenverhältnis nicht wehren kann. [§ 14 Abs. 4 Satz 1](#) und 2 SGB IX trägt deshalb speziell der Sondersituation des zweitangegangenen Rehabilitationsträgers Rechnung und begründet lediglich für diesen einen speziellen Erstattungsanspruch (so zutreffend BSG, a.a.O. Rdnr. 15ff). Das normale System der Erstattungsansprüche nach [§ 102 ff SGB X](#) privilegieren den vorläufig leistenden Leistungsträger nach [§ 102 SGB X](#) in der Rechtsfolge (Erstattungsumfang und Rangfolge gegenüber dem Leistungsträger), dessen Leistungsverpflichtung nachträglich entfallen sei ([§ 103 SGB X](#)), dem nachrangig verpflichteten Leistungsträger ([§ 104 SGB X](#)) und dem unzuständigen Leistungsträger ([§ 105 SGB X](#)). [§ 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX](#) verschaffe dem zweitangegangenen Rehabilitationsträger Ansprüche wie ein vorläufig leistender Leistungsträger. Hingegen stehe dem erstangegangenen Rehabilitationsträger der privilegierte Erstattungsanspruch aus [§ 14 Abs. 4 Satz 1](#) und 2 SGB IX grundsätzlich nicht zu (BSG, a.a.O. Randnummer 21). Er ist nämlich nicht in gleicher Weise schutzwürdig. Er ist nämlich nicht einer aufgedrängten Zuständigkeit aus [§ 14 Abs. 1](#) und 2 SGB IX ausgesetzt. Prüft ein erstangegangener Rehabilitationsträger seine Zuständigkeit nicht und missachtet das Weiterleitungsgebot des [§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#) bestätigt [§ 14 Abs. 4 Satz 3 SGB IX](#) den Ausschluss jeglicher Erstattung (BSG, a.a.O. Randnummer 25). Eine solche Konstellation hat hier jedoch nicht vorgelegen. Die Klägerin hat ihre Zuständigkeit im maßgeblichen Zeitraum vierzehn Tage ab Antragseingang geprüft und zutreffend bejaht.

Zu diesem Zeitpunkt hatte die V weder eine Rente wegen Alters von wenigstens zwei Drittel der Vollrente beantragt, geschweige denn bezogen ([§ 12 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#)). Sie hat auch nicht eine Leistung bezogen, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird ([§ 12 Abs. 1 Nr. 4 a SGB VI](#)). Schließlich hat auch nicht der weitere - von der Klägerin selbst angenommene, sich nicht direkt aus [§ 12 SGB VI](#) ergebende- Leistungsausschlussgrund des sicheren Ausscheidens aus dem Erwerbsleben in wenigen Monaten vorgelegen. Das SG hat insoweit zutreffend auch zur Überzeugung des Senatsausgeführt, dass zum damaligen Zeitpunkt nicht von einer Absicht der V ausgegangen werden kann, binnen sechs Monaten einen Rentenantrag zu stellen oder gar eine solche dann bereits zu beziehen. Die Leistungsvoraussetzung ist damit nach [§ 12 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) erst mit Stellung des Antrages vom 28. Mai 2003 entfallen.

Ein Erstattungsanspruch kann sich nicht aus [§ 103 SGB X](#) ergeben. Nach dieser Vorschrift kann Erstattung verlangt werden, wenn Sozialleistungen erbracht werden und der Anspruch auf diese nachträglich ganz oder teilweise entfallen ist. Zum Zeitpunkt der Leistungsgewährung allerdings war der Anspruch - wie soeben ausgeführt - bereits entfallen. Es fehlt demnach an der Nachträglichkeit. Dem kann die Klägerin nicht die Bestandskraft des Reha-Bewilligungsbescheides entgegenhalten. Sie hätte die Bewilligung nämlich nach [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) noch rechtzeitig aufheben können. Der Bewilligungsbescheid ist nämlich ein Dauerverwaltungsakt im Sinne dieser Vorschrift. Ein solcher liegt vor, wenn ein Verwaltungsakt nicht in einem einmaligen Ge- oder Verbot oder einer einmaligen Gestaltung der Rechtslage erschöpft sondern rechtliche Wirkungen über den Zeitpunkt der Bekanntgabe beziehungsweise Bindungswirkung hinaus entfaltet (so Kassler Kommentar-Steinwedel [§ 45 SGB X](#), Randnummer 19 mit Bezug auf [BSGE 88, 172, 174](#)). Kennzeichnend ist für Dauerverwaltungsakte, dass ihre Voraussetzungen nicht nur im Zeitpunkt ihres Erlasses, sondern während der gesamten Wirksamkeit vorliegen müssen, wie dies regelmäßig bei Bescheiden über laufende Geldleistungen der Fall ist (Kassler Kommentar-Steinwedel a.a.O. Randnummer 19). Die trifft auf Reha-Bewilligungsbescheide zu (ebenso speziell für Reha-Maßnahmenbewilligung BSG SozR 1300 § 48 Nr. 1 S. 4).

Der Erstattungsanspruch kann sich deshalb allenfalls aus [§ 105 SGB X](#) -Anspruch des unzuständigen Leistungsträgers- ergeben. Die Voraussetzungen des Abs. 1 Satz 1 sind erfüllt. Ein unzuständiger Leistungsträger (die Klägerin) hat Sozialleistungen (Rehabilitationsleistungen) nicht nur vorläufig erbracht. Der Umfang des Erstattungsanspruchs richtet sich allerdings gemäß [§ 105 Abs. 2 SGB X](#) "nach den für den zuständigen Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften". Der letztendlich verpflichtete Leistungsträger muss nämlich dem unzuständigen Leistungsträger nicht mehr erstatten, als er selbst bei sofortiger zutreffender Feststellung des Anspruches an den Leistungsberechtigten hätte leisten müssen. Die Beklagte ist als gesetzliche Krankenkasse zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aber nur verpflichtet, wenn bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern, [§ 40 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 11 Abs. 2 SGB V](#). Zu stationärer medizinischer Rehabilitation ist sie noch weitergehend nur verpflichtet, wenn ambulante Rehabilitationsleistungen nicht ausreichen ([§ 40 Abs. 2 SGB V](#)). Hier steht zur Überzeugung des Senatsauch ohne weitere Aufklärung beziehungsweise Beweiserhebung fest, dass jedenfalls eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht erforderlich gewesen ist. Darüber hinaus hätten die in der Kurklinik in Anspruch genommenen Therapien (Krankengymnastik, Ernährungsberatung u. a.) allesamt im Rahmen ambulanter Krankenbehandlung durchgeführt werden können.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197 a SGG](#) in Verbindung mit 154 Abs. 2 VwGO.

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2008-04-18