

L 1 KR 25/11

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 76 KR 1645/09

Datum

29.06.2010

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 1 KR 25/11

Datum

02.10.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 1 KR 30/13 R

Datum

02.09.2014

Kategorie

Urteil

Bemerkung

Zurückverweisung - jetzt L 1 KR 436/14 ZVW

Das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 29. Juni 2010 wird aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des Verfahrens. Die Revision wird zugelassen. Der Streitwert wird auf 593,92 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Der Kläger gewährte als Träger der Kriegsopferversorgung der Ehefrau des Kriegsblinden F H, Frau U H, eine Badekur nach § 12 Abs. 3 Bundesversorgungsgesetz (BVG). Vorausgegangen war eine Untersuchung durch den ärztlichen Dienst des Klägers am 17. März 2008, welcher zu dem Ergebnis gelangte, eine Badekur sei angezeigt und im Sinne von § 12 Abs. 3 BVG erforderlich, um die Fähigkeit zur Pflege des Ehemanns zu erhalten. Der Kläger bewilligte Frau H mit Bescheid vom 11. April 2008 eine stationäre Behandlung in einer Kureinrichtung (Badekur) für die Dauer von 29 Tagen. Die Kur wurde in der Zeit vom 2. Mai 2008 bis zum 30. Mai 2008 durchgeführt. Laut Kostenaufstellung des "K" in B entstanden Kosten für Unterbringung und Verpflegung in Höhe von 1.479,24 EUR, Aufwendungen für Kurmittel in Höhe von 346,40 EUR sowie ärztliches Honorar in Höhe von 109,23 EUR.

Mit Schreiben vom 11. April 2008 meldete der Kläger gegenüber der Beklagten deren Mitglied Frau H jedenfalls in dieser Zeit war, einen Ersatzanspruch nach § 18 Abs. 5 BVG "in Höhe des Betrages der Aufwendungen, die Sie für denselben Zweck als Leistung zu gewähren hätten" an. Die Beklagte antwortet mit Schreiben vom 11. April 2008, bei Frau H seien grundsätzlich die Leistungsvoraussetzungen für die Gewährung einer Rehabilitationsmaßnahme gegeben.

Am 10. September 2008 forderte der Kläger die Beklagte auf, die Kosten zu benennen, welche diese nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) gewährt hätte und bat um Überweisung des Betrages. Die Beklagte bat den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg (MDK) mit Schreiben vom 16. September 2008 um Beantwortung der Fragen, ob alle am Wohnort möglichen Rehabilitationsmaßnahmen ausgeschöpft worden seien, die Maßnahmen auch am Wohnort hätten durchgeführt werden können, die Rehabilitationsmaßnahme, für welche die Erstattung begehrt werde, medizinisch indiziert gewesen sei sowie ob – sofern medizinische Indikation unterstellt werde – diese Maßnahmen stationär hätte erbracht werden müssen oder ob eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme ausgereicht hätte. Der MDK antwortete unter dem 1. November 2008, es sei keine ambulante Reha-Maßnahme am Wohnort erforderlich gewesen. Die (tatsächlich) durchgeführten Maßnahmen hätten in dieser kompakten und synergetischen Form nicht am Wohnort durchgeführt werden können. Eine Reha-Maßnahme sei nicht indiziert gewesen. Indiziert sei vielmehr eine ambulante Vorsorge am Kurort nach § 23 Abs. 2 SGB V gewesen, warum eine stationäre Unterbringung stattgefunden habe, sei "medizinisch nicht eruierbar (Alter? Verminderte Sehkraft?)".

Die Kostenanforderung der Klägerin beantwortete die Beklagte mit Schreiben vom 6. November 2008: die relevanten Aufwendungen betrügen für Kurmittel 269,87 Euro, Unterkunft und Verpflegung 273,00 EUR sowie Arztkostenpauschale 51,05 EUR, insgesamt 593,92 E. Sie fragte dann mit Schreiben vom 18. März 2009 beim MDK nach, ob die Maßnahme allein zur Erhaltung der Pflegefähigkeit erforderlich gewesen sei. Dieser antwortete unter dem 25. März 2009, entsprechend der ärztlichen Befunderhebung und Beurteilung sei die Maßnahme nach BVG zur alleinigen "Erhaltung der Fähigkeit zur Pflege des Beschädigten" erforderlich geworden. Insofern sei dies der maßgebliche Ansatz der Maßnahme gewesen. Die Beklagte teilte daraufhin mit Schreiben vom 27. März 2009 dem Kläger mit, eine Erstattung sei nicht möglich. Die Leistungserbringung sei zu Recht in voller Höhe zu Lasten des Versorgungsamtes erfolgt.

Der Kläger hat am 13. Oktober 2009 Klage beim Sozialgericht Berlin (SG) erhoben. Alleinige Voraussetzung für den Erstattungsanspruch

nach § 18c Abs. 5 Satz 2 BVG sei im Falle der Gewährung einer Badekur nach § 12 Abs. 3 BVG, dass der öffentlich-rechtliche Leistungsträger, der die Kurleistung nicht erbracht habe, zur Kostenbeteiligung oder Kostenübernahme für Maßnahmen verpflichtet gewesen wäre, die nach Art und Wesen den nach dem BVG gewährten Maßnahmen entsprächen. Die Krankenkassen könnten dabei nicht – wie hier – Ansprüche durch eine Stellungnahme des MDK abwehren. Vielmehr müsste bei richtigem Verständnis der Kompetenzen der Versorgungsverwaltung bei der Gewährung von Badekuren im Erstattungsfall das eigene Prüfungs- und Entscheidungsrecht auf die verwaltungsmäßige Überprüfung auf Vertretbarkeit hin beschränkt sein. Für den Erstattungsanspruch komme es auch nicht darauf an, dass die Krankenkasse selbst zu Leistung verpflichtet gewesen sei. Es reiche aus, dass sie zur Erbringung der Leistung nach pflichtgemäßem Ermessen berechtigt gewesen wäre. Das Bundessozialgericht (BSG) habe in seinem Urteil vom 16. November 1999 ([B 1 KR 17/98 R](#)) ausgeführt, dass Badekuren nach § 12 Abs. 3 BVG und die von der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährenden stationären Maßnahmen teilweise übereinstimmenden Zwecken dienten, so dass § 18c Abs. 5 Satz 2 BVG Anwendung finde.

Die Beklagte hat vorgebracht, einer Badekur nach § 12 Abs. 3 BVG entspreche keiner ambulanten oder stationären Maßnahme nach dem SGB V. Es seien keine Sachleistungen erbracht worden, welche die Beklagte im Sinne des § 18c Abs. 5 Satz 2 BVG "sonst" erbracht hätte. Im Übrigen bestehe eine Kongruenz allenfalls zwischen stationären Maßnahmen verschiedener Träger, aber nicht zwischen stationären und ambulanten. Bei stationären Maßnahmen handele es sich um nicht teilbare Gesamtsachleistungen. Die stationäre Badekur einerseits und die ambulante Vorsorgemaßnahme andererseits seien nicht kongruent im Sinne der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 30. Mai 2006). Ließe man die ambulante Vorsorgemaßnahme als Kongruenz ausreichen, so würden Erstattungsansprüchen der Versorgungsträger Tür und Tor geöffnet. Jene könnten beliebig aufwendige Leistungen erbringen in der Gewissheit, von der Krankenkasse jedenfalls die Kosten ihrer ebenfalls auf gesundheitliche Besserung gerichteten, aber kostengünstigere Behandlungsmaßnahmen, erstattet zu erhalten. Die ambulante Vorsorgemaßnahme hätte nicht die gleiche Zielsetzung wie die Badekuren. Die Versicherte habe nicht zu eigenen Genesung behandelt werden sollen (Leistung Krankenkasse) sondern um zusätzliche Kraft zu erhaltenen, den blinden Ehemann zu pflegen (spezielle Leistung des Versorgungsträger). Selbst wenn die Beklagte zu einer stationären Leistung nach [§ 23 Abs. 4 SGB V](#) verpflichtet gewesen wäre, wäre diese nicht mit der Badekur kongruent. Sie hätte jedoch eine solche Leistung nicht erbringen dürfen.

Das SG hat die Beklagte mit Urteil vom 29. Juni 2010 verurteilt, dem Kläger die Kosten für die Badekur für die Versicherte UH in der Zeit vom 2. Mai 2008 bis 30. Mai 2008 in Höhe von 593,92 EUR zu erstatten. Die Voraussetzungen für ein Erstattungsanspruch nach § 18c Abs. 5 Satz 2 BVG lägen vor. Durch die Leistungen der Klägerin sei die Leistungsverpflichtung der Beklagten aus [§ 23 Abs. 2 SGB V](#) entfallen. Die Beklagte habe selbst festgestellt, dass eine ambulante Vorsorge am Kurort indiziert gewesen sei. Überschneidende Zwecke im Sinne des § 18c Abs. 5 Satz 2 BfG lägen vor. Beide Leistungen verfolgten das Ziel der Erhaltung und Besserung des Gesundheitszustandes. Nach [§ 11 Abs. 2 SGB V](#) gehörten zu den Leistungen auch medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, die notwendig seien, um eine drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern. Zudem könne die Krankenkasse nach [§ 23 Abs. 2 SGB V](#) aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten erbringen. Der Zweck dieser Leistung ergebe sich über [§ 23 Abs. 2 SGB V](#) aus [§ 27 Abs. 1 Satz 1](#) und [§ 11 Abs. 2 SGB V](#). Er bestehe hier darin, eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbare Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen, Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. In diesen umfassenden Leistungszweck sei der engere Zweck der Badekur nach dem BVG enthalten. Die Überschneidung liege im Vorbeugen einer in absehbarer Zeit zu erwartenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Der Typ der vorrangigen Leistung schließe den Erstattungsanspruch ebenso wenig aus wie die Form der Leistungserbringung (Bezugnahme auf BSG, Urteil vom 16. November 1999). Soweit das BSG ausdrücklich darlege, dass das Ziel von Badekuren "nicht auf das krankenversicherungsrechtliche Konzept der Vorsorge" beschränkt sei, lasse sich daraus im Umkehrschluss herleiten, dass bei Vorsorgeleistungen nach [§ 23 SGB V](#) in jedem Fall die erforderliche teilweise Zweckidentität gegeben sei. Nichts anderes ergebe sich aus dem Urteil des BSG vom 30. Mai 2006. Das BSG habe dort festgestellt, dass in Fällen, in denen die Leistungsbewilligung des Versorgungsträgers in Einklang mit dem Regelungen des BVG stehe, daraus nicht automatisch identische und deckungsgleiche Leistungs- und Erstattungspflichten der Krankenkasse folge. Die Bejahung einer Erstattungspflicht entspreche hier zuletzt der gesetzgeberischen Wertung in § 18c Abs. 5 Satz 2 und 3 BVG, § 10 Abs. 1 BVG, wonach die Einstandspflicht des Versorgungsamtes ihrer Struktur nach kausalitätsbezogen sei, die der Krankenkasse hingegen nicht. Mit ihr solle dem in § 10 Abs. 1 BVG geregelten Nachrang der Behandlungsleistungen nach den BVG auch für den Fall Geltung verschafft werden, dass der Leistungsempfänger seinen vorrangigen Anspruch nicht wahrnehme und die Versorgungsverwaltung trotz des Vorrangs leistungspflichtig sei. Das SG hat die Berufung nicht zugelassen.

Die Beklagte hat hiergegen am 28. Juli 2010 Nichtzulassungsbeschwerde erhoben. Der Senat hat mit Beschluss vom 29. Dezember 2010 die Berufung zugelassen.

Zu deren Begründung hat die Beklagte ihr Vorbringen wiederholt. Sie beruft sich ergänzend auf die Ausführungen im Urteil des hiesigen Senats vom 20. Februar 2009 (Verfahren [L 1 KR 231/08](#)). Der Senat habe in dem dortigen Fall den Erstattungsanspruch des Versorgungsträgers unter Hinweis auf § 18c Abs. 5 Satz 3, Fall 3 BVG versagt, da die Pflegeperson nicht nur Leistungsempfängerin, sondern gegenüber dem Versorgungsträger selbst Berechtigte im Sinne des § 12 Abs. 3 BVG sei.

Die Beklagte ist vom Bundesversicherungsamt zum 1. Juli 2011 nach [§ 153 SGB V](#) geschlossen worden. Eine Unterrichtung des Klägers mit Hinweis auf die Notwendigkeit einer Forderungsanmeldung ist in der Folgezeit nicht erfolgt.

Sie beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 29. Juni 2010 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Auf die von den Beteiligten eingereichten Schriftsätze wird ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Es konnte im schriftlichen Verfahren entschieden werden. Beide Beteiligten haben sich hiermit einverstanden erklärt, [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)

Die Berufung hat Erfolg.

Die Beklagte kann zwar die Erfüllung nicht generell verweigern, weil sie sich in Abwicklung befindet. Einer Verweigerung nach § 155 Abs. 2 Satz 2 SGB V steht entgegen, dass der Kläger als bekannter Gläubiger nicht unter Hinweis auf diese Folge zur Anmeldung aufgefordert worden war, [§ 155 Abs. 2 Satz 3 SGB V](#). Unstreitig hat die Beklagte kein Hinweisschreiben nach [§ 155 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) übersandt, wonach die Befähigung von Gläubigern, die ihre Forderung nicht innerhalb von 6 Monaten nach der Bekanntmachung anmeldeten, verweigert werden könne.

Sie kann sich auch nicht auf das Urteil des Senats vom 24. Februar 2009 stützen. Die dortige Pflegeperson, der ebenfalls vom Kläger eine Badekur bewilligt worden war, war nicht selbst Mitglied der Krankenkasse (ebenfalls die Beklagte), sondern nach [§ 10 SGB V](#) familienversichert. Deshalb war die Ausnahmegesetzvorschrift des § 18c Abs. 5 Satz 3, 3. Alt. BVG einschlägig. Ein Erstattungsanspruch schied aus, da die (nur) familienversicherte Pflegeperson selbst "Berechtigte" im Sinne dieser dritten Alternative des § 18c Abs. 5 Satz 3 BVG war.

Der Kläger hat aber keinen Anspruch aus § 18c Abs. 5 Satz 2 BVG. Diese Vorschrift hat folgenden Wortlaut: "Erbringt ein anderer öffentlich-rechtlicher Leistungsträger eine Sachleistung, eine Zuschuss- oder sonstige Geldleistung oder eine mit einer Zuschussleistung für den gleichen Leistungszweck verbundene Sachleistung nicht, weil bereits aufgrund dieses Gesetzes eine Sachleistung gewährt wird, ist er erstattungspflichtig, soweit er sonst Leistungen gewährt hätte." Der Anspruch setzt voraus, dass ein öffentlich-rechtlicher Leistungsträger außerhalb der Versorgungsverwaltung eine Leistung gewährt hätte, aber deshalb nicht erbringt, weil eine Sachleistung bereits aufgrund des BVG gewährt wird. Damit soll dem Nachrang der Behandlungsleistungen nach dem BVG, § 18c Abs. 5 Satz 1 BVG sowie § 10 BVG, Geltung verschafft werden. Der Typ der vorrangigen Leistung (beispielsweise ambulant oder stationär) schließt den Erstattungsanspruch ebenso wenig aus wie die Form der Leistungserbringung (Sach-, Zuschuss- oder reine Geldleistung) oder die Möglichkeit ablehnender Ermessensentscheidung durch den vorrangig zuständigen Träger (BSG, Urteil vom 16. November 1999 - [B 1 KR 17/98 R](#) - juris-Rdnr. 12). Der Erstattungsanspruch setzt voraus, dass die beteiligten Leistungsträger derselben Person gegenüber zeitlich und sachlich kongruente Leistungen (überschneidende Zwecke) zu erbringen haben (BSG, Urteil vom 30. Mai 2006 - [B 1 KR 17/05 R](#) - juris Rdnr. 15 mit Bezugnahme auf das Urteil vom 16. November 1999). Die erstattungspflichtige Krankenkasse kann sich danach also ganz allgemein in diesem Zusammenhang nicht darauf berufen, dass ihr hinsichtlich der näheren Ausgestaltung von Rehabilitationsleistungen ein Ermessen zukommt ([§ 40 Abs. 3 SGB V](#); BSG, Urteil vom 30. Mai 2006 Rdnr. 34 mit weiteren Nachweisen).

Die Voraussetzung des überschneidenden Zwecks der Leistungen ist der bei den Zielrichtungen der Badekur sowie von Rehabilitationsmaßnahme gegeben (so BSG, Urt. v. 16. November 1999 [a. a. O.](#) Rdnr. 13ff sowie Urt. vom 30. Mai 2006 [a. a. O.](#) Rdnr. 24ff). Entschieden hat das BSG in diesen Urteilen allerdings nur Fälle, in welchem die Notwendigkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme anstelle der Badekur außer Streit bzw. sich als Ergebnis des sozialgerichtlichen Beweiswürdigung ergeben hatte.

Hier hingegen stellt sich die Badekur jedoch, wie außer Streit steht, weder als stationäre noch als ambulante Rehabilitationsmaßnahme dar. Indiziert war nach der ersten MDK-Stellungnahme nur eine ambulante Maßnahme nach [§ 23 Abs. 2 SGB V](#). Selbst diese Bewertung ist nachfolgend relativiert worden: Nach der zweiten Stellungnahme scheidet sogar dies aus, erforderlich sei die Badekur vielmehr ausschließlich zur Erhaltung der Fähigkeit zur Pflege des Beschädigten gewesen. Ob aber in jedem Fall bei einer Indikation nach § 12 Abs. 3 Satz 1 BVG (zur Erhaltung der Pflegefähigkeit) immer zumindest auch eine der Notwendigkeiten des [§ 23 Abs. 2, 1 Nr. 1, 3 oder 4 SGB V](#) erfüllt ist, kann hier letztlich dahinstehen.

Ein Erstattungsanspruch nach § 18c Abs. 5 Satz 2 BVG scheitert jedenfalls daran, dass die Beklagte der Frau H nicht "sonst" die entsprechenden Leistungen gewährt hätte. Der Erstattungsanspruch hat aber diese weitere Voraussetzung:

Auch § 18c Abs. 5 Satz 2 BVG beschränkt nämlich die Erstattungspflicht auf das, was der andere Träger ohne Leistungen der Kriegsopferversorgung gewährt hätte (BSG, Urteil vom 30. Mai 2006, [a. a. O.](#) Rdnr. 45, möglicherweise entgegen dem Urteil vom 16. November 1999, [a. a. O.](#) Rdnr. 12). In diesem Sinne erweitert § 18c Abs. 5 Satz 2 BVG ungeachtet des dort enthaltenen Wortes "soweit" nicht die Grundsätze des Erstattungsrechts nach [§§ 102ff Sozialgesetzbuch Zehntes Buch \(SGB X\)](#), die aus demselben Grund hier ausscheiden:

Selbst wenn im Rahmen des § 18c Abs. 5 Satz 2 BVG von einer Leistungsbewilligung im Einklang mit den Regelungen des BVG auszugehen ist, folgen daraus nämlich nicht automatisch identische und deckungsgleiche Leistungs- und Erstattungspflichten der Krankenkassen. Die bloße allgemeine Zweckidentität von Badekur und SGB V-Leistung führt nach Ansicht des BSG im Urteil vom 30. Mai 2006 ([a. a. O.](#)), welchem der hiesige Senat hier folgt, nicht schon dazu, dass unter dem Blickwinkel des SGB V von einer identischen krankenversicherungsrechtlichen Leistungspflicht der Krankenkasse und ihre Erstattungspflicht gegenüber dem Träger der Kriegsopferversorgung ausgegangen werden muss. "Wenn das Recht der sozialen Entschädigung insoweit günstigere Leistungsbedingungen vorsieht als das Krankenversicherungsrecht, ist die von einem Leistungsakt mitbetroffene Krankenkasse über den Umweg des Erstattungsrechts daher keinen umfangreicheren Leistungspflichten ausgesetzt als sie in ihrem originären Bereich des SGB V gegenüber ihren Versicherten allgemein bestehen" (BSG, [a. a. O.](#) Rdnr. 46). Da § 18c Abs. 5 Satz 2 BVG die Erstattungspflichten also gar nicht so abweichend von [§§ 102ff SGB X](#) regelt, sei die Ausnahme des § 18c Abs. 5 Satz 3 BVG wie gesetzlich konzipiert eine echte Ausnahmegesetzvorschrift und begrenze nicht (ihrerseits) Erstattungsansprüche (BSG [a. a. O.](#)).

Diese Interpretation des § 18c Abs. 5 Satz 2 BVG steht im Übrigen im Einklang mit dem Willen des historischen Gesetzgebers, der mit dieser Erstattungsnorm (nur) sicherstellen wollte, dass andere Leistungsträger, die nur zur Gewährung von Kann-Leistungen oder Zuschüssen verpflichtet sind, ihre Leistungen unter Hinweis auf den Rechtsanspruch nach dem BVG oder auf das Fehlen eigener Aufwendungen des Berechtigten verweigerten und sich so auf Kosten des Bundes entlasten könnten (vgl. Fehrl in Wilke, Soziales Entschädigungsrecht, 7. A. 1992, § 18c BVG Rdnr. 16 mit Hinweis auf [BT-Drs. VI/2649](#)).

Hier steht zwischen den Beteiligten außer Streit, dass die Beklagte ihrer Versicherten weder eine ambulante oder gar stationäre Rehabilitationsmaßnahme nach [§ 40 SGB V](#) geschuldet hätte, noch eine stationäre Vorsorgemaßnahme nach [§ 23 Abs. 4 SGB V](#). Hätte die Versicherte Frau H direkt bei der Beklagten die Badekur als Maßnahme jedenfalls stationärer Art beantragt, hätte diese Beklagte diesen Antrag nicht, auch nicht teilweise, stattgeben können unter Bewilligung einer ambulanten Maßnahme nach [§ 23 Abs. 2 SGB V](#). Der Antrag wäre vielmehr abzulehnen gewesen. Hätte diese die Maßnahme daraufhin auf eigene Kosten durchgeführt, hätte ihr kein -auch kein anteiliger- Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) zugestanden. Im System des SGB V sind ambulante Maßnahmen (auch Vorsorgemaßnahmen) nicht automatisch in Maßnahmen stationärer Art mitenthalten. Das SGB V trennt diese Bereiche vielmehr. Wer beispielsweise auf eigene Kosten eine stationäre Reha-Maßnahme durchführt, kann nicht verlangen, jedenfalls die auch ambulant angefallenen Heilmittelkosten ersetzt zu verlangen. [§ 23 Abs. 1](#) und 2 SGB V erweitern lediglich die Ansprüche der Versicherten vom Ziel der Krankenbehandlung auf das Ziel der Krankheitsvorbeugung. [§ 23 Abs. 3 SGB V](#) verweist im Übrigen auf [§§ 31-34 SGB V](#). Der Versicherte hat kein Wahlrecht, selbst wenn in stationärer Behandlung immer Einzelleistungen enthalten sind, die die Krankenkasse bei ambulanten Maßnahmen als Sachleistung oder als Kostenzuschuss hätte leisten müssen. Ein solches steht deshalb auch dem Leistungsträger über [§ 18c Abs. 5 Satz 2 BVG](#) nicht zu.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197 a Abs. 1 SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Revision war aufgrund grundsätzlicher Bedeutung zuzulassen nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#).

Der Streitwertbeschluss, der nach [§ 177 SGG](#) nicht mit der Beschwerde an das Bundessozialgericht anfechtbar ist, folgt aus [§ 52 Abs. 3](#) Gerichtskostengesetz.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2015-02-06