

L 1 KR 318/14 NZB

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 36 KR 1396/11

Datum

18.07.2014

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 1 KR 318/14 NZB

Datum

19.12.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Beschwerde der Klägerin gegen die Nichtzulassung der Berufung in dem Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 18. Juli 2014 wird zurückgewiesen. Die Klägerin hat die Kosten des Beschwerdeverfahrens zu tragen mit Ausnahme der Kosten der Beigeladenen, welche diese selbst zu tragen haben. Der Streitwert des Beschwerdeverfahrens beträgt 5.679,80 EUR.

Gründe:

Die gemäß [§ 145 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) zulässige Beschwerde der Klägerin gegen die Nichtzulassung der Berufung im Urteil des Sozialgerichts Berlin (SG) vom 18. Juli 2014 ist unbegründet. Denn weder ist die Berufung bereits kraft Gesetzes zulässig, noch sind Zulassungsgründe nach [§ 144 Abs. 2 Nr. 1 bis 3 SGG](#) gegeben.

Nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#) bedarf die Berufung der Zulassung, wenn der Wert des Beschwerdegegenstandes bei einem Erstattungsstreit zwischen Personen des öffentlichen Rechts 10.000,00 EUR nicht übersteigt, es sei denn, dass die Berufung wiederkehrende oder laufende Leistungen für mehr als ein Jahr betrifft. Hier möchte ein Rentenversicherungsträger von einer öffentlichen Krankenkasse Kosten unter 10.000 EUR erstattet erhalten.

Die Berufung ist auch nicht nach [§ 144 Abs. 2 SGG](#) zuzulassen. Hiernach ist die Berufung zuzulassen, wenn die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat (Nr. 1), das Urteil von einer Entscheidung des Landessozialgerichts, des Bundessozialgerichts (BSG), des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht (Nr. 2) oder ein der Beurteilung des Berufungsgerichts unterliegender Verfahrensmangel geltend gemacht wird und vorliegt, auf dem die Entscheidung beruhen kann (Nr. 3).

Die Rechtssache hat keine grundsätzliche Bedeutung. Grundsätzliche Bedeutung kommt einer Rechtsache nur zu, wenn von der Entscheidung der Rechtssache erwartet werden kann, dass sie zur Erhaltung und Sicherung der Rechtseinheit und zur Fortbildung des Rechts beitragen wird. Dies ist wiederum nur dann der Fall, wenn es in einem Rechtsstreit um eine klärungsbedürftige und klärungsfähige Rechtsfrage geht, deren Entscheidung über den Einzelfall hinaus Bedeutung besitzt. Klärungsfähigkeit in diesem Sinne ist gegeben, wenn es auf die als grundsätzlich angesehene Rechtsfrage im konkreten Rechtsfall ankommt, wenn sie also für den zu entscheidenden Streitfall rechtserheblich ist. Nicht klärungsbedürftig ist die Rechtsfrage, wenn die Antwort praktisch außer Zweifel steht, weil sie sich beispielsweise unmittelbar aus dem Gesetz ergibt oder sie bereits höchstrichterlich geklärt ist (vgl. Kummer, Der Zugang zur Berufungsinstanz nach neuem Recht, NZS 1993, S. 337 ff. [341] m. w. Nachw.).

Die Klägerin hat hier bereits keine allgemeine sie interessierende Frage formuliert. Sie verweist selbst auf die Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 26. Juni 2007 (B [1 KR 36/07 R](#)), welche sich bereits mit einem Erstattungsanspruch des zweitangegangenen Rehabilitationsträgers nach [§ 14 Abs. 4 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch](#) gegen die Krankenkasse bei Adaptionenmaßnahmen beschäftigt. Es hat klargestellt, dass ein Erstattungsanspruch nach dieser Vorschrift -nur besteht, wenn die Voraussetzungen des [§ 40 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) erfüllt sind. Es hat dazu weiter ausgeführt (juris-Rdnr. 20ff):

"Wie sich aus der die [§§ 40 ff](#), [§ 11 Abs. 2 SGB V](#) ergänzenden Legaldefinition der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in [§ 107 Abs. 2 SGB V](#)) ergibt, setzt medizinische Rehabilitation im Sinne des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung ihrem Hauptzweck nach eine stationäre Behandlung des Patienten voraus, - um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder - um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an

Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen (vgl. [§ 107 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#)).

Neben dieser Zielsetzung muss die Maßnahme erfordern, dass die Einrichtung in organisatorischer, institutioneller Hinsicht "fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung" steht und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet ist, den Gesundheitszustand des Patienten "nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen" (vgl. [§ 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#); zum Erfordernis primär ärztlicher Aufsicht und Verantwortung vgl. [BSGE 68, 17 ff](#) = [SozR 3-2200 § 184a Nr. 1](#); ebenso BVerwG, Urteil vom 13.3.2003 - [5 C 6/02](#), [BVerwGE 118, 52](#), 58 f = juris RdNr. 19 "tragende Rolle der Ärzte"; BSG, Urteil vom 3.3.1994 - [1 RK 8/93](#) zu § 184a RVO, nicht veröffentlicht; Schmidt, aaO, RdNr 155, zu "Übergangsheimen" RdNr. 133, 152). Diese Anforderungen an die Einrichtung, die die Rehabilitationsmaßnahme tatsächlich zu erbringen hat, bestimmen zugleich die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um eine stationäre Maßnahme nach [§ 40 Abs. 2 SGB V](#) beanspruchen zu können. Das bedeutet, dass es bei einer Maßnahme nach [§ 40 Abs. 2 SGB V](#) um mehr gehen muss als lediglich im Wesentlichen um die Gewährung von Unterkunft in einem nicht gefährdenden Milieu mit Anleitung zur Bewältigung lebenspraktischer und beruflicher Anforderungen, mag sie auch gelegentlich durch verhaltenstherapeutische Leistungen ergänzt werden. Insbesondere muss für die Rehabilitation erforderlich sein, dass sie unter ständiger ärztlicher Verantwortung abläuft."

Das SG hat diese allgemeinen Grundsätze auf den konkreten Einzelfall angewendet.

Soweit die Beklagte darauf hinweist, dass vorliegend -anders als im Fall, welcher der genannten BSG-Entscheidung zu Grunde liegt- ein Erstattungsanspruch (auch) aus [§ 105 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch \(SGB X\)](#) nicht ausscheidet, weil der Ausschluss dieser Erstattungsansprüche aufgrund [§ 14 Abs. 4 S. 3](#) erster Halbsatz SGB IX hier nicht eingreift, da die Ausnahme des [§ 14 Abs. 4 S. 3](#) zweiter Halbsatz SGB IX ("es sei denn, die Rehabilitationsträger vereinbaren Abweichendes") erfüllt ist, hilft ihr dies nicht weiter. Nach der entsprechenden Vereinbarung "Abhängigkeitserkrankungen" vom 4.5.2001 (abgedruckt unter 6.3 der Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung Bund zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen, DRV 2002, S. 58 ff und <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de>) sind nach § 5 die Träger der Rentenversicherung für die Bewilligung einer Entwöhnungsbehandlung einschließlich einer Adaptionsmaßnahme zuständig. "Eine Zuständigkeit besteht in diesem Verhältnis für Krankenkassen nur dann, wenn die Voraussetzungen nach den [§§ 9](#) bis [11 SGB VI](#) nicht vorliegen, die Voraussetzungen der [§§ 27](#) und [40 SGB V](#) hingegen erfüllt sind. Obgleich die Träger der Rentenversicherung Adaptionsmaßnahmen offenbar als Bestandteil der ihnen obliegenden medizinischen Rehabilitation ansehen, ohne diese im Einzelnen zu definieren (vgl. Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen), kann aus dieser Vereinbarung für eine Zuständigkeit der Beklagten im Verhältnis zu einem überörtlichen Träger der Sozialhilfe nichts hergeleitet werden. () Hinzu kommt, dass nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts () im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung medizinische Rehabilitationsleistungen ohne ärztliche Mitwirkung erbracht werden dürfen (), während medizinische Rehabilitationsleistungen der Krankenkassen ihr Gepräge durch ärztlich verantwortete, medizinische Leistungen erhalten müssen" (so BSG, a. a. O Rdnr. 15).

Die Voraussetzungen des [§ 40 Abs. 2 SGB V](#) müssen also auch danach erfüllt sein.

Die Berufung ist auch nicht wegen der Abweichung von der Rechtsprechung eines Obergerichts zuzulassen (Zulassungsgrund nach [§ 144 Abs. 2 Nr. 2 SGG](#)) oder wegen eines Verfahrensmangels (Zulassungsgrund [§ 144 Abs. 2 Nr. 3 SGG](#)) zuzulassen. Für solche Gründe ist hier nichts vorgetragen oder ersichtlich.

Die Kostenentscheidung beruht auf der entsprechenden Anwendung des [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§§ 154 Abs. 2](#), [163 Abs. 3 VwGO](#).

Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§§ 63 Abs. 2](#), [53 Abs. 3](#) Gerichtskostengesetz

Dieser Beschluss kann gemäß [§ 177 SGG](#) nicht mit der Beschwerde an das Bundessozialgericht angefochten werden. Nach [§ 145 Abs. 4 Satz 5 SGG](#) wird das Urteil des Sozialgerichts mit der Ablehnung der Beschwerde durch das Landessozialgericht rechtskräftig.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2015-01-07