B 4 RA 52/99 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Nürnberg (FSB)
Aktenzeichen
S 3 RA 123/98
Datum
28.07.1998
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 13 RA 156/98
Datum
16.06.1999
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 4 RA 52/99 R
Datum
21.06.2000
Kategorie
Urteil
Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 16. Juni 1999 wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, daß der Tenor des Urteils des Sozialgerichts Nürnberg vom 28. Juli 1998 wie folgt neu gefaßt wird: "Der Bescheid der Beklagten vom 15. September 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. Februar 1998 wird insoweit aufgehoben, als der Zuzahlungsbetrag über 12,00 DM täglich festgesetzt wurde." Die Beklagte hat dem Kläger auch die außergerichtlichen Kosten des Revisionsverfahrens zu erstatten.

Gründe:

I

Zwischen den Parteien ist streitig, in welcher Höhe die Beklagte vom Kläger eine Zuzahlung zu den Kosten einer von ihr durchgeführten stationären medizinischen Leistung zur Rehabilitation zu fordern berechtigt ist.

Auf den entsprechenden Antrag des Klägers vom 7. Oktober 1996 bewilligte ihm die Beklagte mit Bescheid vom 19. November 1996 eine medizinische Maßnahme zur Rehabilitation für die Dauer von voraussichtlich drei Wochen. Dabei wies sie ua auf folgendes hin:

"Nach § 32 SGB VI sind Sie verpflichtet, zu den medizinischen Leistungen, die Sie in Anspruch nehmen, eine Zuzahlung zu leisten.

Nach der Art der Ihnen bewilligten Leistungen sind von Ihnen 12,00 DM für jeden Kalendertag der stationären Leistungen zu zahlen ...

Wir bitten, den Zuzahlungsbetrag in der Behandlungsstätte zu entrichten. Die BfA prüft nach Beendigung der medizinischen Leistungen in jedem Falle, ob die Zuzahlung in der richtigen Höhe geleistet wurde. Fehlbeträge werden nachgefordert, zuviel gezahlte Beträge erstattet.

Wir weisen darauf hin, daß die Zuzahlung jeweils nach dem zum Zeitpunkt des Maßnahmebeginns geltenden Recht zu leisten ist. Sofern die stationäre Rehabilitationsleistung im Jahre 1997 beginnt, können sich aufgrund gesetzlicher Änderungen Auswirkungen auf die Höhe und die Dauer der Zuzahlung ergeben ..."

Die bewilligte Maßnahme gelangte in der Zeit vom 25. Februar bis 18. März 1997 zur Durchführung. Mit Bescheid vom 15. September 1997 forderte daraufhin die Beklagte einen Zuzahlungsbetrag von insgesamt 525,00 DM (21 Tage x 25,00 DM) an. Den hiergegen gerichteten Widerspruch des Klägers, mit dem er eine Festsetzung der Zuzahlung in

Höhe von 12,00 DM kalendertäglich begehrte, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 5. Februar 1998 zurück; gleichzeitig lehnte sie eine "Befreiung" von der Zuzahlung ab.

Der Kläger hat daraufhin am 4. März 1998 Klage zum Sozialgericht (SG) Nürnberg erhoben. Das SG hat mit Urteil vom 28. Juli 1998 die Beklagte antragsgemäß verurteilt, "den Bescheid vom 15. September 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. Februar 1998 insoweit aufzuheben, als der Zuzahlungsbetrag über 12,00 DM täglich festgesetzt wurde."

Die hiergegen von der Beklagten eingelegte Berufung ist erfolglos geblieben. Das Landessozialgericht (LSG) hat sein Urteil vom 16. Juni 1999 im wesentlichen wie folgt begründet: Zu Recht habe das SG den Bescheid vom 15. September 1997 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. Februar 1998 insofern als rechtswidrig angesehen, als die Beklagte einen über 12,00 DM täglich hinausgehenden Zuzahlungsbetrag festgesetzt habe. Die Verpflichtung zur Zuzahlung richte sich im Falle des Klägers nach § 32 Sechstes

Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) in der bis zum 31. Dezember 1996 geltenden Fassung. Dies ergebe sich nach Auffassung des Senats aus der unmittelbaren Anwendung des nach Wortlaut und Gesetzessystematik weit auszulegenden § 301 Abs 1 SGB VI und zusätzlich im Blick auf die Neufassung der §§ 143 f Sozialgerichtsgesetz (SGG). Bei dem in § 301 Abs 1 SGB VI einleitend Verwendung findenden Begriff "Leistungen zur Rehabilitation" handele es sich um eine Umschreibung des Sachkomplexes, so daß nicht etwa auf einzelne Bereiche der Rehabilitationsmaßnahme abgestellt werde; kämen demgemäß Rehabilitationsmaßnahmen zur Durchführung, so seien unabhängig davon, ob es etwa um deren Dauer, um Übergangsgeld oder die Frage der Zuzahlung gehe, grundsätzlich diejenigen Bestimmungen weiter anzuwenden, die im Zeitpunkt der Antragstellung gegolten hätten. Dem stehe das Urteil des Bundessozialgerichts in SozR 1500 § 149 Nr 11 nicht entgegen. Sich aufgrund dieses Normverständnisses ergebende Ungleichbehandlungen der Versicherten seien hinzunehmen. Schließlich fehle es - auch insofern entgegen der Auffassung der Beklagten - an Hinweisen darauf, daß sich § 301 Abs 1 SGB VI auf den Übergang vom Angestelltenversicherungsgesetz (AVG) zum SGB VI beschränke.

Die Beklagte wendet sich hiergegen mit der vom Berufungsgericht zugelassenen Revision: § 32 Abs 1 SGB VI stelle für die Auslösung der Zahlungspflicht allein auf die tatsächliche Inanspruchnahme der Rehabilitationsleistung ab. Zwar habe das LSG zutreffend darauf hingewiesen, daß im Rahmen der Prüfung einer (teilweisen) Befreiung von der Zuzahlung nach § 4 der Richtlinien grundsätzlich auf den Zeitpunkt der Antragstellung abzustellen sei, doch greife diese Regelung ausschließlich dann, wenn nicht der Zeitpunkt der Inanspruchnahme für den Versicherten günstiger sei, weil eben dieser - und nicht derjenige der Antragstellung - das entscheidende Moment für das Entstehen der Zuzahlungspflicht sei. Entsprechend der abschließenden Regelung in § 32 Abs 1 SGB VI und der einheitlichen Verwaltungspraxis aller Rentenversicherungsträger dürfe damit auch folgerichtig allein dieser Zeitpunkt für die Höhe der Zuzahlung maßgeblich sein. Eine unmittelbare Anwendung von § 301 Abs 1 SGB VI auf den vorliegenden Sachverhalt scheide bereits vom Wortlaut her aus. Für eine analoge Anwendung fehle es an der erforderlichen Regelungslücke. Das Abstellen auf den Zeitpunkt der Antragstellung begegne darüber hinaus Bedenken hinsichtlich der Gleichbehandlung der Versicherten und könne sich im übrigen bei einer Senkung des Zuzahlungsbetrages auch nachteilig auswirken.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 16. Juni 1999 sowie das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 28. Juli 1998 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,
die Revision der Beklagten zurückzuweisen.

Er schließt sich im wesentlichen der Begründung des angefochtenen Urteils an und ist darüber hinaus der Auffassung, daß die von der Beklagten vertretene Auffassung auch nicht dem Gebot der Gleichbehandlung der Versicherten hinsichtlich der Zuzahlungshöhe entspreche. Die Auffassung der Beklagten zu den Richtlinien für die Befreiung von der Zuzahlung werde im übrigen so verstanden, daß nach der Verwaltungspraxis die für den Antragsteller günstigere Lösung gewählt werde. Schließlich verkenne die Beklagte, daß § 32 SGB VI zwar keinen Bezug zu Art und Dauer der jeweiligen Rehabilitationsmaßnahme habe, die Vorschrift jedoch die Höhe der Aufwendungen des Versicherungsträgers beeinflusse und es sich im Blick hierauf um eine Bestimmung über "Leistungen zur Rehabilitation" iS von § 301 Abs 1 SGB VI handele. Ergänzend hat der Kläger auf das Urteil des 5. Senats vom 23. Februar 2000 im Rechtsstreit B 5 RJ 6/99 R und den Umstand hingewiesen, daß sich aus dem Abstellen auf den Zeitpunkt der Antragstellung nach der eigenen Auffassung der Beklagten in den BfA-Mitteilungen Nr 2/2000 vom 14. März 2000 nachteilige Auswirkungen nicht ergäben.

II

Die aufgrund der Zulassung durch das LSG statthafte Revision der Beklagten erweist sich auch im übrigen als zulässig, sachlich jedoch im Ergebnis in vollem Umfang unbegründet. Ohne daß hiermit eine weitere Belastung der Beklagten verbunden wäre, war dabei das mit der angegriffenen Entscheidung des Berufungsgerichts bestätigte Urteil des SG entsprechend dem allein maßgeblichen Begehren des Klägers (iS von § 123 SGG) in der Weise abzuändern, daß die erstrebte (Teil-)Aufhebung der angefochtenen Bescheide ohne den (unzulässigen) Umweg einer entsprechenden Verpflichtung der Verwaltung unmittelbar durch Gestaltungsurteil (§ 54 Abs 1 Satz 1 1. Alt SGG) erfolgt.

Zwischen den Beteiligten steht im Blick auf das begrenzte Begehren (§ 123 SGG) des Klägers bereits bestandskräftig (§ 77 SGG) fest, daß ihn die Beklagte in Höhe von mindestens 12,00 DM pro Kalendertag auf Zuzahlung zu der in der Zeit vom 25. Februar bis 18. März 1997 auf ihre Kosten durchgeführten stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen kann. Nicht mehr näher einzugehen ist demgemäß auch auf die Frage der sachlichen Zuständigkeit der Widerspruchsstelle der Beklagten für die erstmalige Entscheidung über die - vom Kläger jedenfalls nicht ausdrücklich beantragte und hier nicht streitige - Befreiung von der Zuzahlung in Härtefällen. Ein weitergehender Zuzahlungsanspruch der Beklagten besteht demgegenüber - wie das SG im Ergebnis zutreffend erkannt und das Berufungsgericht bestätigt hat - nicht. Dieses Ergebnis rechtfertigt sich im wesentlichen aus einer entsprechenden Anwendung des § 301 Abs 1 Satz 1 SGB VI zugrundeliegenden Rechtsgrundsatzes auch im Rahmen des mit dem Gesetz zur Umsetzung des Programms für mehr Wachstum und Beschäftigung in den Bereichen der Rentenversicherung und Arbeitsförderung (Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG)) geänderten Zuzahlungsrechts und bezogen jedenfalls auf Fälle der hier vorliegenden Art, in denen der Versicherte unter der Geltung alten Rechts nicht nur den Antrag auf Rehabilitation gestellt hatte, sondern darüber hinaus auch der Zustand eingetreten war, daß er diesen Antrag nach Bewilligung von stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen durch Verwaltungsakt nicht mehr rechtswirksam zurücknehmen konnte. Damit sind weiterhin § 32 Abs 1 Satz 1 SGB VI und § 39 Abs 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in ihrer jeweils ab dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung anzuwenden (vgl nachfolgend unter A). Zwar verdrängt nämlich von Verfassungs wegen grundsätzlich das neuere Gesetz das ältere (hierzu unter B), doch lassen die einschlägigen Regelungen des WFG hier ausnahmsweise noch ausreichend deutlich eine positive Entscheidung für die (rechtsgrundsätzliche) Fortgeltung früheren Übergangsrechts auch im Zusammenhang des neuen Zuzahlungsrechts erkennen; demgegenüber scheidet eine unmittelbare Anwendung von § 301 Abs 1 SGB VI aus (nachfolgend C).

A) Die Höhe der Zuzahlung bestimmt sich damit jedenfalls unter den vorstehend genannten Einschränkungen im Ergebnis nach dem im Zeitpunkt der Antragstellung auf Rehabilitationsleistungen am 7. Oktober 1996 geltenden Recht. Anspruchsgrundlage für den von der Beklagten gegenüber dem Kläger geltend gemachten Zuzahlungsanspruch sind folglich in ihrer jeweils ab dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung durch Art 4 bzw Art 1 Nr 23 Buchst c des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 (BGBl I S 2266) § 32 Abs 1

Satz 1 SGB VI und § 39 Abs 4 SGB V mit folgendem Wortlaut:

"§ 32 Abs 1 Satz 1 SGB VI Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und stationäre medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, zahlen für jeden Kalendertag dieser Leistungen den sich nach § 39 Abs 4 und § 310 Abs 1 des Fünften Buches ergebenden Betrag. 39 Abs 4 SGB V Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 14 Tage 11 Deutsche Mark je Kalendertag an das Krankenhaus, das diesen Betrag an die Krankenkasse weiterleitet. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 40 Abs 5 Satz 2 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen. Vom 1. Januar 1994 an beträgt die Zahlung nach Satz 1 12 Deutsche Mark."

Demgegenüber kommen in ihrer Fassung durch Art 1 Nr 9 Buchst a WFG vom 25. September 1996 (BGBl I S 1461) bzw Art 2 Nr 16 des Beitragsentlastungsgesetzes vom 1. November 1996 (BGBl I S 1631) nicht zur Anwendung § 32 Abs 1 Satz 1 SGB VI und § 40 Abs 5 SGB V mit ihrem jeweils ab 1. Januar 1997 maßgeblichen Wortlaut:

"§ 32 Abs 1 Satz 1 SGB VI

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und stationäre medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, zahlen für jeden Kalendertag dieser Leistungen den sich nach § 40 Abs 5 und § 310 Abs 1 des Fünften Buches ergebenden Betrag.

40 Abs 5 SGB V

Versicherte, die eine Leistung nach Abs 2 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag 25 Deutsche Mark an die Einrichtung. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten."

B) Die geänderte Fassung von § 32 Abs 1 Satz 1 SGB V ist gemäß Art 12 Abs 1 WFG zum 1. Januar 1997 in Kraft getreten und beansprucht damit von diesem Zeitpunkt an grundsätzlich an Stelle des alten Rechts, alle einschlägigen Sachverhalte zu gestalten. Als Teil der normativen Regelungen dieses Gesetzes verhilft nämlich die genannte Inkrafttretensregelung den Bestimmungen des WFG zur Wirksamkeit (Art 82 Abs 2 Satz 1 Grundgesetz (GG)) und bestimmt ihren zeitlichen Anwendungsbereich, dh sie legt fest, von welchem Zeitpunkt an die Rechtsfolgen des Gesetzes für den Normadressaten eintreten und seine Bestimmungen von den Behörden und Gerichten anzuwenden sind (vgl BVerfGE 42, 263, 283); hätte der Gesetzgeber von seiner Regelungskompetenz hinsichtlich des Zeitpunkts des in diesem Sinne verstandenen Inkrafttretens keinen Gebrauch gemacht, hätte dies unmittelbar aufgrund verfassungsrechtlicher Anordnung in Art 82 Abs 2 Satz 2 GG ersatzweise dazu geführt, daß das Gesetz automatisch mit dem vierzehnten Tage nach Ablauf des Tages in Kraft getreten wäre, an dem das Bundesgesetzblatt ausgegeben worden ist.

In das SGB VI sind damit im Rahmen seiner späteren Änderung durch das WFG Normen eingefügt worden, für die dessen ursprüngliche Inkrafttretensregelungen in Art 85 des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Rentenversicherung (Rentenreformgesetz 1992 (RRG 1992), BGBl 1989 S 2261) ersichtlich nicht einschlägig sind. Innerhalb der damit zeitlich gestuft geltenden Fassungen des SGB VI gehen die zum 1. Januar 1997 mit dem WFG eingeführten Bestimmungen des neuen Rechts von Verfassungs wegen (Art 20 Abs 3, 82 Abs 2 GG iVm Art 12 WFG) grundsätzlich früheren Bestimmungen zum gleichen Sachverhalt verdrängend vor, setzen sie also auch dann außer Kraft, wenn sie nicht ausdrücklich aufgehoben worden sind ("lex posterior derogat legi priori"; vgl hierzu im übrigen Urteil des Senats in SozR 3-2200 § 1259 Nr 5 mwN; BVerwGE 85, 289, 292; BFHE 169, 564; BAG in AP Nr 9 zu § 1 TVG Tarifverträge - Einzelhandel; zur Anwendbarkeit im Rahmen der Inzidentprüfung vorkonstitutionellen Rechts am Maßstab der Verfassung s auch BVerfGE 2, 124, 130; 6, 222, 242; 10, 124, 128; außerdem: Renck, Zum Anwendungsbereich des Satzes "lex posterior derogat legi priori", JZ 1970, 770 f und Laubinger, Asyl und "kleines Asyl", VerwArch 1985 (76), 201, 208 f).

Ebenfalls grundsätzlich ist demgemäß zunächst davon auszugehen, daß eine durch das neue Recht ggf getroffene Anordnung, die hierdurch bestimmten Rechtsfolgen auf partiell noch im zeitlichen Anwendungsbereich alten Rechts verwirklichte Sachverhalte zu erstrecken, notwendig auch abweichenden Übergangsbestimmungen vorginge, die den abgeänderten Bestimmungen des alten Rechts möglicherweise gerade für diesen Fall im Rahmen der §§ 300 ff SGB VI zugeordnet waren. Zwar erheben nämlich die §§ 300 ff SGB VI nach Wortlaut und Entstehungsgeschichte über den Wechsel vom AVG zum SGB VI hinaus den umfassenden Anspruch, im Vorgriff bereits die Modalitäten künftiger Rechtsänderungen innerhalb des SGB VI zu bestimmen (vgl bereits Urteil des Senats in SozR 3-2600 § 300 Nr 3 S 4; ebenso zuletzt Urteil des 5. Senats vom 23. Februar 2000, B 5 RJ 6/99 R, zur Veröffentlichung vorgesehen, mwN sowie BT-Drucks 11/4124 S 206). Zu beachten ist demgegenüber jedoch, daß aus einer früheren Ausgestaltung der einfach-gesetzlichen Rechtslage eine Bindung des - gemäß Art 20 Abs 3 GG allein der verfassungsmäßigen Ordnung verpflichteten (vgl hierzu Leibholz/Rinck/Hesselberger, Kommentar zum GG, Stand: 10/1990, Art 3 GG RdNrn 114 f) - Parlaments-Gesetzgebers nicht abgeleitet werden kann; ebensowenig gibt es demgemäß ein Prinzip der Selbstbindung des Gesetzgebers des Inhalts, daß seinen Grundsatzentscheidungen ein Vorrang vor späteren Einzelgesetzen zukäme (vgl BFHE 150, 184 = BB 1987, 791 mwN). Stets bleibt es vielmehr grundsätzlich der jeweiligen eigenen freien Entscheidung des aktuell kompetenzgemäß handelnden Parlamentsgesetzgebers überlassen, ob und inwieweit er eine bereits vorgeregelte Rechtslage unabhängig von jeder zukunftsgerichteten Bindung hieran ändern bzw von Grund auf neu gestalten will. Umgekehrt erstreckt sich seine materielle Gestaltungskompetenz aber auch darauf, im Einzelfall die - zeitlich und inhaltlich begrenzte - Fortgeltung alten Rechts anzuordnen und auf diese Weise ggf den verfassungsrechtlich auf eine grundsätzliche (und gemäß Art 20 Abs 3 GG durch die eingeräumten sachlichen Regelungskompetenzen modifizierte) Geltung beschränkten "lex-posterior-Satz" zu durchbrechen. Hierzu genügen indessen - wie dargelegt - gerade nicht bereits die ihrerseits notwendig zeitlich begrenzt geltenden Fortgeltungsanordnungen alten Rechts; vielmehr muß das neue Recht selbst einen entsprechenden Regelungswillen positiv erkennen lassen.

C) Dem Erfordernis einer derartigen Öffnungsklausel hat das WFG zwar nicht unmittelbar in Art 12 und durch dessen ausdrücklichen Wortlaut Rechnung getragen. Es hat aber - mit zumindest indizieller Bedeutung auch im Blick auf eine Rezeption gerade der Vorschriften des Überleitungsrechts - die hierdurch geänderten Bestimmungen des SGB VI insgesamt in den Regelungskontext des vorhandenen Rentenrechts integriert, ohne dessen hier einschlägige Strukturen zu tangieren, und insbesondere jedenfalls noch hinreichend deutlich den § 301 Abs 1 SGB VI zugrundeliegenden Rechtsgedanken auch im Rahmen der Neufassung von § 32 Abs 1 Satz 1 SGB VI rezipiert. Dies gilt jedenfalls dann, wenn - wie hier - auch der eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme gewährende Bewilligungsbescheid noch

während des zeitlichen Anwendungsbereichs des alten Rechts ergangen ist und der ihm zugrundeliegende Antrag nicht mehr rechtmäßig zurückgenommen werden kann. Insofern wird auf der Grundlage einer Art 12 WFG modifizierenden bzw vom lex-posterior-Grundsatz abweichenden besonderen Wertentscheidung des "aktuellen" (WFG-)Gesetzgebers - und nicht etwa einem aus der einschlägigen Gesetzeslage nicht ableitbaren "Günstigkeitsprinzip" folgend - die Anwendung neuen Rechts (prinzipiell ergebnisunabhängig) hintangestellt; die Höhe der von der Beklagten als Träger der Rehabilitation zu fordernden Zuzahlung (sowie umgekehrt der Umfang der entsprechenden Nebenpflicht des Versicherten) bestimmt sich insofern ausnahmsweise noch nach einer rechtsgrundsätzlichen Anwendung der vor dem 1. Januar 1997 geltenden Zuzahlungsregelungen (nachfolgend unter a). Demgegenüber kommt eine unmittelbare Anwendung von § 301 Abs 1 SGB VI nicht in Betracht (nachfolgend b). Hierzu gilt im einzelnen folgendes:

a) § 32 Abs 1 Satz 1 SGB VI idF des WFG beansprucht iVm Art 12 WFG zunächst unzweifelhaft, die (Höhe der) Zuzahlung für alle Anknüpfungstatbestände zu bestimmen, die sich vollständig nach seinem Inkrafttreten realisiert haben. Zwar benennt die Vorschrift (worauf die Beklagte insofern zutreffend hinweist) als tatbestandliche Voraussetzung für das Entstehen der - vorher aufschiebend bedingten - Zuzahlungspflicht ausdrücklich, daß Versicherte eine stationäre medizinische Leistung zur Rehabilitation "in Anspruch nehmen", dh daß die vom Rehabilitationsträger in natura zur Verfügung zu stellende Maßnahme konkret und vollständig iS einer Erfüllung des bewilligten Rechts erbracht worden sein muß. Damit sind aber nicht isoliert die schlicht hoheitlichen Erfüllungshandlungen und das Maßnahmeende in Bezug genommen; vielmehr umfaßt der Wortlaut ohne weiteres auch das von der rechtlichen Konstruktion des Gesetzes her vorausgesetzte Verständnis, daß mit dem zeitlich letzten Element der zur Erreichung des Rehabilitationsziels eingesetzten rechtlichen und tatsächlichen Mittel - pars pro toto - zugleich auch der Gesamtvorgang bzw dessen sich sukzessiv realisierende Elemente als ebenfalls unverzichtbare Voraussetzungen der Rechtsfolge "Entstehung der Zuzahlungspflicht" in Bezug genommen wird. Damit beansprucht § 32 Abs 1 Satz 1 SGB VI jedenfalls Geltung, wenn auch der Antrag auf Rehabilitation nach dem 31. Dezember 1996 gestellt wurde.

aa) Demgegenüber ist nicht anzunehmen, daß sich die Zuzahlungspflicht im Wege sog unechter Rückwirkung (tatbestandliche Rückanknüpfung) auch bei am 1. Januar 1997 bereits laufenden Rehabilitationsverfahren nach neuem Recht bestimmen sollte. Dies ergibt sich daraus, daß sich § 32 Abs 1 Satz 1 SGB VI idF des WFG bei fast unverändertem Wortlaut und identischer Struktur von § 32 Abs 1 Satz 1 SGB VI idF von Art 4 GSG allein dadurch unterscheidet, daß nunmehr durch Verweisung statt auf § 39 Abs 4 SGB V (idF von Art 1 Nr 23 Buchst c GSG) auf § 40 Abs 5 SGB V (idF des Beitragsentlastungsgesetzes) ein höherer Zuzahlungsbetrag festgelegt wird, während das bisherige Recht ansonsten inhaltlich unverändert fortgeführt wird. Ebenso hatte zuvor auch § 32 Abs 1 Satz 1 SGB VI idF des GSG die bis zum 31. Dezember 1992 geltende "Urfassung" der Norm durch das RRG 1992 (BGBl 1989 S 2261) nur insofern geändert, als damals die Zuzahlungspflicht tatbestandlich auf "stationäre" medizinische Leistungen beschränkt und der kalendertägliche Zuzahlungsbetrag von zehn auf nunmehr elf DM erhöht worden war. Durchgehend war demgemäß die Zuzahlungspflicht tatbestandlich an die "Inanspruchnahme" von (stationären) medizinischen Leistungen zur Rehabilitation geknüpft und hatte demgemäß in Ermangelung sonstiger einschlägiger Bestimmungen auch jeweils unverändert das Übergangsrecht zu § 32 Abs 1 Satz 1 SGB VI idF des RRG 1992 fortgeführt. Entsprechend dieser Tradition, in der auch § 32 Abs 1 Satz 1 SGB VI idF des WFG steht, findet einschlägiges neues Recht bisher stets nur dann Anwendung, wenn auch der Rehabilitationsantrag nach seinem Inkrafttreten gestellt wurde.

bb) Der Antrag, auf den § 301 Abs 1 Satz 1 SGB VI leistungsrechtlich als maßgebliches Kriterium für die Anwendung alten oder geänderten (s zu diesem Grunderfordernis für die Anwendung besonderer übergangsrechtlicher Bestimmungen, Urteil des Senats in SozR 3-2600 § 63 Nr 1 S 8) neuen Rechts abstellt, hat neben seiner verfahrenseinleitenden Funktion stets auch materiell-rechtliche Wirkungen (ständige Rechtsprechung des Senats; vgl SozR 3-5765 § 10 KfzHV Nr 1 S 5, Nr 2 S 10 f, Nr 3 S 18). Dies ergibt sich insbesondere daraus, daß der Versicherte gemäß § 39 Abs 1 Satz 2 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) nur einen (gesetzlichen) Anspruch auf pflichtgemäße Ermessensentscheidung hat, nicht aber bereits bestimmte Leistungen beanspruchen kann, und demgemäß nach § 40 Abs 2 SGB I ein Anspruch auf Rehabilitationsleistungen grundsätzlich erst (durch Verwaltungsakt) im Zeitpunkt der Bekanntgabe der Ermessensentscheidung entstehen kann. Bei den §§ 19 Satz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV), 115 Abs 1 Satz 1 und 4 SGB VI handelt es sich damit nicht um bloße Ordnungsvorschriften; vielmehr ist der dort geforderte Antrag (ebenso wie die ihm nach § 115 Abs 4 SGB VI gleichgestellte Zustimmung) grundsätzlich und im Regelfall zwingende Voraussetzung des mitwirkungsbedürftigen Verwaltungsaktes hinsichtlich der Ermessensentscheidung, welche Maßnahmen im konkreten Fall zur Verwirklichung der Rehabilitationschance geeignet, erforderlich, zumutbar, wirtschaftlich und sparsam sind. Erst mit dem Eingang des grundsätzlich vorweg zu stellenden Antrags eröffnet sich für den Rehabilitationsträger die Möglichkeit, im Rahmen eines umfassend auf das Ziel der Eingliederung in das Arbeitsleben gerichteten einheitlichen Verfahrens und eines Gesamtplanes zur Rehabilitation (vgl etwa BSG in SozR 3-1200 § 14 Nr 19 und SozR 3-2200 § 1236 jeweils mwN) die ihm zugewiesene(n) zukunftsorientierte(n) und mit prognoseähnlichen Elementen vermischte(n) Abwägungsentscheidung(en) zu treffen.

Dies läßt den vom Gesetz gewählten Anknüpfungspunkt der Antragstellung zunächst für den unmittelbaren Anwendungsbereich des § 301 Abs 1 SGB VI als ohne weiteres sachgerecht erscheinen. Er ermöglicht es der Verwaltung nämlich, bereits ab dem Zeitpunkt des Eingangs bei ihr und ohne künftige Rechtsänderungen befürchten zu müssen, individuell das im Blick auf die Einheit des Rehabilitationsfalles geforderte Gesamtkonzept zu entwickeln bzw die für dessen Umsetzung erforderliche(n) (Teil-)Entscheidung(en) zu treffen und generell ihre Haushaltsplanung auf die bekannte Rechtslage sowie deren Ergebnisse abzustellen. Umgekehrt wird auf diese Weise (bezogen auf das Leistungs(schuld-)verhältnis "Rehabilitation" beginnend mit der Antragstellung und endend mit dem letzten Tag der Durchführung der Rehabilitation) gleichzeitig auch das Vertrauen des Versicherten auf eine überschaubare Gesetzeslage geschützt und er so in die Lage versetzt, Vor- und Nachteile eines künftigen Rehabilitationsverfahrens gegeneinander abzuwägen (vgl Urteil des Senats in SozR 3-2600 § 301 Nr 1 S 7); insofern ist folglich das Ergebnis dieses am Beginn des Verfahrens stehenden (und der bescheidmäßigen Konkretisierung einzelner Leistungsansprüche vorgelagerten) Abwägungsprozesses hinsichtlich der (vorläufigen) Entscheidung über das "ob" der Durchführung jedenfalls nicht mehr der Gefahr einer nachträglichen Infragestellung durch eine Veränderung des gesetzlichen Leistungsrahmens ausgesetzt.

cc) Jedenfalls mit dem Zeitpunkt, in dem sich der Versicherte nicht mehr wirksam von seinem Antrag lösen kann, beansprucht der § 301 Abs 1 SGB VI zugrundeliegende Rechtsgrundsatz in gleichem Maße auch Geltung für Fallgestaltungen der hier zur Entscheidung stehenden Art. Spätestens dann nämlich bedarf es nach der bereichsspezifischen Wertentscheidung des Gesetzes, daß der Antragsteller in der Lage sein soll, Vor- und Nachteile eines Rehabilitationsverfahrens abzuwägen, auch im Zusammenhang des gegen den Versicherten gerichteten Zuzahlungsanspruchs des Rehabilitationsträgers - und damit außerhalb des Leistungs(schuld-)verhältnisses Rehabilitation - einer auf den Antragszeitpunkt (rück-)bezogenen Kalkulations- und Planungssicherheit hinsichtlich der wirtschaftlichen Auswirkungen.

Der Zuzahlungsanspruch, dem sich der Versicherte im Zusammenhang stationärer medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen ausgesetzt sieht, bestimmt seine wirtschaftliche Situation im Ergebnis nicht weniger als die leistungsrechtliche Gesetzeslage. Trotz weitgehender rechtlicher Trennung beider Bereiche resultieren die insgesamt abzuwägenden Vor- und Nachteile erst aus ihrem faktischen Zusammenwirken innerhalb des einheitlichen Sachbereichs der Rehabilitation. Aufgabe der Zuzahlung zu stationären medizinischen Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung war es bereits bei Einführung der entsprechenden Regelungen in § 20 Abs 1 AVG (= § 1243 Reichsversicherungsordnung (RVO)) durch Art 20 Nr 5 des Haushaltsbegleitgesetzes 1983 vom 20. Dezember 1982 (BGBl I S 1857), die das SGB VI im wesentlichen übernommen hat (vgl etwa Hauck in Hauck/Haines, Kommentar zum SGB VI, Stand: I/97, § 32 SGB VI RdNr 2), den Versicherten im Rahmen einer besonderen Art von Kostenbeteiligung zum Ausgleich von Vorteilen heranzuziehen, die ihm durch die gewährte Sachleistung über diesen Zweck hinaus erwachsen (vgl BSG in SozR 1500 § 149 Nr 11). Auf diese Weise soll dem Umstand Rechnung getragen werden, daß der Versicherte während der stationären Heilbehandlung durch die regelmäßig vorliegende Ersparnis von Aufwendungen für seine häusliche Lebenshaltung (BSG aaO und in SozR 1500 § 149 Nr 12 sowie Urteil des Senats in SozR 3-2200 § 1243 Nr 2 mwN), mit Erhalt der vollkostenfreien Vorleistung durch den Träger eine rechtsgrundlose Vermögensmehrung erfährt (vgl entsprechend zur gesetzlichen Krankenversicherung Urteil des Senats in SozR 3-2500 § 13 Nr 4 S 31), deren pauschaler Geldwert durch den Zuzahlungsanspruch abgeschöpft wird; im wirtschaftlichen Endergebnis verbleibt dem Versicherten damit der mit den erbrachten Naturalleistungen verbundene Vorteil allein insofern, als dieser gerade durch Krankheit und Erwerbsminderung bedingt war, während ein Eintreten der Versichertengemeinschaft für Aufwendungen zum gewöhnlichen Lebensunterhalt, das den von ihr solidarisch zu tragenden Risiken erkennbar fremd ist, vermieden wird. Spiegelbildlich ergibt sich in identischer Höhe beim jeweils leistungsgewährenden Träger eine Reduktion des Ausgabevolumens (vgl entsprechend zur Schadensbemessung im Rahmen des Arzneimittelregresses durch die Berücksichtigung von Apothekenrabatt und Patientenzuzahlungen BSG in SozR 3-2500 § 106 Nr 38). Insgesamt betrachtet erfaßt damit die gesetzgeberische Wertentscheidung für die Prognostizierbarkeit sich im Zusammenhang der Rehabilitation ergebender Vor- und Nachteile über den Leistungsbereich hinaus grundsätzlich auch den hiermit sachlich verbundenen Bereich der Zuzahlung.

Dies gilt jedenfalls dann, wenn - wie hier - unter der Geltung alten Rechts nicht nur der Antrag gestellt wurde, sondern es zusätzlich dazu gekommen ist, daß der Versicherte diesen Antrag nach Bewilligung einer konkreten (stationären medizinischen) Rehabilitationsmaßnahme nicht mehr (rechtlich zulässig) revidieren kann, er infolgedessen zur Mitwirkung verpflichtet ist und seine Zuzahlungspflicht unter der aufschiebenden Bedingung einer vollständigen Erbringung der zuerkannten Maßnahme entstanden ist. Ein mit der Erhöhung der Zuzahlungsbeträge angeblich verfolgtes gesetzgeberisches Ziel, Versicherte zukunftsgerichtet von der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen abzuhalten, wäre in derartigen Fällen schon im Blick auf ihre gleichzeitige Mitwirkungsverpflichtung offensichtlich selbstwidersprüchlich. Vielmehr ergibt sich aus der § 301 Abs 1 SGB VI zugrundeliegenden Wertung für diesen Personenkreis bezüglich seiner Zuzahlungspflicht Verläßlichkeit immerhin insofern, als die gesetzlichen Planungsgrundlagen einer in der Vergangenheit bereits verbindlich getroffenen Entscheidung für eine Einzelmaßnahme unabhängig von späteren Rechtsänderungen erhalten bleiben.

Der Ablauf der Widerspruchsfrist (§ 84 Abs 1 SGG) bestimmt dabei denjenigen Zeitpunkt, von dem an sich die dem Versicherten unter Berücksichtigung des Grundsatzes "Rehabilitation vor Rente" (§ 7 Rehabilitationsangleichungsgesetz (RehaAnglG)) obliegende Mitwirkungspflicht (§ 4 Abs 1 Satz 2 RehaAnglG) über die mit seinem Antrag vorweg generell bekundete Bereitschaft zu ihrer Erfüllung und die allgemeine Pflicht zur Mitwirkung im Verwaltungsverfahren hinaus (Urteil des Senats in SozR 3-5765 § 10 Nr 3 S 18) erstmals auf die Förderung der jeweils konkret zuerkannten Maßnahme erstreckt; durch die Erfüllung dieser Mitwirkungspflicht noch aufschiebend bedingt steht damit nunmehr auch das Entstehen einer Nebenpflicht zur Zuzahlung fest. Der Versicherte kann demzufolge nur vom Eintritt der äußeren Wirksamkeit der Bewilligungsentscheidung (§ 39 Abs 1 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch) bis zum Ablauf der einmonatigen Widerspruchsfrist die ihn treffende Belastung konkret und individuell kalkulieren, um ggf seinen einleitend gestellten Antrag noch zurückzunehmen (vgl entsprechend zur Rücknahme des Rentenantrages BSG in SozR 3-2500 § 50 Nr 3) und auf diese Weise der Mitwirkungsverpflichtung rechtmäßig die Grundlage zu entziehen; demgegenüber hat die von der Beklagten in der mündlichen Verhandlung angedeutete Möglichkeit, der bewilligten Maßnahme im Widerspruch zu einer - allerdings nicht nachteilsbewehrten - rechtlichen Verpflichtung fernzubleiben, ersichtlich außer Betracht zu bleiben. Hat der Versicherte während der Überlegungsfrist von der Möglichkeit der Antragsrücknahme keinen Gebrauch gemacht, läßt es die § 301 Abs 1 SGB VI zugrundeliegende Wertentscheidung über den dort umschriebenen Anwendungsfall hinaus auch hinsichtlich der wirtschaftlich in gleicher Weise bedeutenden Zuzahlung gerechtfertigt erscheinen, nachträgliche Änderungen der Kalkulationsgrundlage unbeachtet zu lassen.

Wie der Senat im übrigen bereits entschieden hat (SozR 3-2600 § 301 Nr 1 S 6), liegt dem Gesamtbereich der Rehabilitation ein allgemeiner Grundsatz der Erkennbarkeit und Überschaubarkeit der Verhältnisse für den Versicherten bereits bei Antragstellung und vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme zugrunde. Ob ua im Blick hierauf ein entsprechendes Ergebnis auch in Fällen der Änderung des Zuzahlungsbetrags zu einem früheren Zeitpunkt (vor Ablauf der Widerspruchsfrist) gilt - wofür nach Auffassung des Senats manches spricht - kann hier dahingestellt bleiben.

b) Entgegen der Auffassung des LSG kam demgegenüber im Zusammenhang der von Versicherten geschuldeten Zuzahlung und ihrer Höhe eine unmittelbare Anwendung von § 301 Abs 1 SGB VI schon bei Inkrafttreten des RRG 1992 nicht in Betracht. Ebenso scheidet mangels rechtlicher Vergleichbarkeit der Fallkonstellationen auch eine analoge Anwendung der Vorschrift aus. Der Senat hat unter Hinweis auf BT-Drucks 11/4124 bereits ausdrücklich entschieden (SozR 3-2600 § 301 Nr 1), daß § 301 Abs 1 SGB VI unmittelbar allein den Fall regelt, daß Versicherte, die vor Inkrafttreten der neuen Vorschriften Leistungen zur Rehabilitation beantragt oder bezogen haben, diese Leistungen einheitlich nach dem vor Inkrafttreten der neuen Regelungen geltenden Recht erhalten. Der sachliche Anwendungsbereich der Bestimmung beschränkt sich damit auf die im Rahmen des Normprogramms Rehabilitation vom Versicherungsträger zu erbringenden Leistungen, dh auf das Leistungs(schuld-)verhältnis "Rehabilitation" beginnend mit der Antragstellung und endend am letzten Tag der Durchführung der Rehabilitation (Urteil des Se-

nats aaO S 7). Sie bezieht sich demgemäß in unmittelbarer Anwendung keinesfalls auch auf Rechte und Ansprüche, die - wie hier - dem Versicherungsträger seinerseits zustehen. Hierzu gilt im einzelnen folgendes:

Insofern unabhängig von der Anwendung alten oder neuen Rechts steht dem zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 32 Abs 1 Satz 1 SGB VI bei Versicherten, die - wie der Kläger - das 18. Lebensjahr vollendet haben und stationäre Leistungen der medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen, für jeden Kalendertag dieser Leistungen ein Zuzahlungsanspruch zu den hierdurch entstehenden Aufwendungen zu. Vergleichbar der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl hierzu Urteil des Senats in SozR 3-2500 § 13 Nr 4)

entsteht damit im Rahmen einer Kostenlastregelung auch hier (erst) im Augenblick der vollkostenfreien Erbringung der Maßnahme in natura ein - zuvor entsprechend aufschiebend bedingter (vgl § 158 Abs 1 Bürgerliches Gesetzbuch) - Erstattungsanspruch des Versicherungsträgers gegen den Versicherten in der gesetzlich jeweils vorgegebenen pauschalierten Höhe. Sowohl dieser Erstattungsanspruch als auch die Modalitäten seiner Erfüllung bleiben ohne jede Rückwirkung auf die leistungsrechtliche Position des versicherten Rehabilitanden: Weder sein gesetzliches Recht auf fehlerfreie Ermessensausübung hinsichtlich der ihm nach Art und Umfang zustehenden Rehabilitationsleistungen (§§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB I, 9 Abs 2, 13 Abs 1 SGB VI) noch sein Anspruch auf die ihm durch Verwaltungsakt im Einzelfall konkret zuerkannten Maßnahmen stehen unter der aufschiebenden Bedingung der Zuzahlung; ebensowenig handelt es sich bei der Zuzahlung um eine Gegenleistung des Versicherten, deren fehlende Erbringung ggf zu einem Leistungsverweigerungsrecht führen könnte. Auch kann die Sachleistung in Höhe der Zuzahlung nicht als "überzahlt" gelten; vielmehr handelt es sich bei der Zuzahlungspflicht um eine selbständige, dem Versicherungsträger gegenüber bestehende gesetzliche Zahlungspflicht, die zwar ihrerseits auf einem sozialrechtlichen Leistungsverhältnis beruht, aber nicht etwa umgekehrt den Rechtsgrund bzw die Rechtmäßigkeit der erbrachten (Sach-)Leistung als solche tangiert (so bereits der 1. Senat zu § 20 AVG in SozR 1500 § 149 Nr 11; ebenso bestätigend der 11a Senat in SozR 1500 § 149 Nr 12).

Wie vor der erstmaligen Einführung einer Zuzahlungsregelung mit § 20 AVG sollte es auch unter Geltung dieser Bestimmung weiterhin unverändert dabei bleiben, daß der Rentenversicherungsträger die Sachleistung in vollem Umfang schuldet und erbringt; die Bewilligung und Durchführung der Heilmaßnahme darf demgemäß nicht von der Zuzahlung abhängig gemacht werden (BT-Drucks 2140 S 101). Auch die pflichtwidrige Nichtzahlung seines Kostenanteils durch den Versicherten erlaubt es damit dem Versicherungsträger nicht etwa, seiner Verschaffungspflicht überhaupt nicht, nicht vollständig oder nur verspätet zu genügen. Erst mit der vollkostenfreien Zuwendung des bescheidmäßig Zuerkannten ist das Vermögen des Versicherten im Widerspruch zur gesetzlichen Kostentragungsregel, also gesetzwidrig und damit ohne Rechtsgrund zu Lasten des Rentenversicherungsträgers vermehrt, so daß in tatbestandlicher Abhängigkeit hiervon dessen Zuzahlungsanspruch entsteht; dieser Umstand steht aufgrund der ausdrücklichen ergänzenden Anordnung in § 32 Abs 5 SGB VI auch der Annahme einer vollen Übernahme der Rehabilitationsaufwendungen im Sinne arbeitsrechtlicher Vorschriften (insbesondere des früheren § 7 Abs 1 Lohnfortzahlungsgesetz) nicht entgegen (vgl entsprechend zur Erhaltung des Naturalleistungscharakters in der gesetzlichen Krankenversicherung trotz Zuzahlung BSG in SozR 3-2500 § 31 Nr 2 S 4 mwN).

Diese Sachlage findet ihre Bestätigung darüber hinaus auch in dem Begriff der rentenrechtlichen Rehabilitationsleistungen, wie er den einschlägigen Bestimmungen des SGB einheitlich zugrunde liegt. Derartige Leistungen zeichnen sich nämlich bereits nach §§ 4 Abs 2 Satz 1 Nr 1, 23 Abs 1 Nr 1a SGB I und ebenso nach § 9 Abs 1 SGB VI stets durch die gemeinsame Funktion aus, den Auswirkungen von Krankheit und ähnlichen Zuständen gerade zu dem Zweck zu begegnen, um hierdurch (zumindest mittelbar) einen positiven Einfluß auf die Erwerbsfähigkeit der Betroffenen auszuüben. Eine derartige Wirkung kommt der Inanspruchnahme durch Zuzahlungen auch bei etwaiger "weiter Auslegung" nicht wenigstens denkbar zu; ebenso kann derartigen "Leistungen" auch kein "Vorrang vor Rentenleistungen" (§ 9 Abs 1 Satz 2 SGB VI) in dem rechtlichen Sinne zukommen, daß bereits das Entstehen von subjektiven Rentenrechten gehindert wird.

Einem derartigen Verständnis steht der Umstand nicht entgegen, daß das SGB VI als Sechsten Titel des Zweiten Unterabschnitts ("Umfang und Ort der Leistungen") im Ersten Abschnitt ("Rehabilitation") des Zweiten Kapitels ("Leistungen") die "Zuzahlung bei medizinischen und sonstigen Leistungen" regelt. Schon sprachlich macht nämlich die "amtliche" (dh vom Gesetzesbeschluß des Parlamentsgesetzgebers mitumfaßte) Überschrift dieses Titels selbst deutlich, daß an dieser Stelle gerade nicht unmittelbar die genannten Leistungen geregelt werden, sondern nur die "bei" ihrer Erbringung (dh in tatbestandlicher Anknüpfung hieran) gesondert entstehenden Ansprüche auf Zuzahlung. Das Gesetz erweitert auf diese Weise nicht etwa den Begriff der in den vorangegangenen (Unter-)Abschnitten nach Voraussetzungen, Art, Umfang und Ort der Erbringung umschriebenen Leistungen, sondern regelt lediglich im Zuge eines mittelbaren sachlichen Zusammenhangs mit einem Teil dieser Leistungen (und gerade nicht aufgrund einer unmittelbaren rechtlichen Verbindung hiermit) im selben räumlichen Zusammenhang auch den gesonderten Zuzahlungsanspruch des Versicherungsträgers.

Schließlich kann ein abweichendes Ergebnis ersichtlich auch nicht etwa der Neufassung von § 144 SGG durch das Gesetz zur Entlastung der Rechtspflege (RPflEntlG) vom 11. Januar 1993 (BGBl I S 50) zum 1. März 1993 entnommen werden. Der bloße Umstand, daß das sozialgerichtliche Berufungsrecht dort in Abs 1 Nr 1 - allerdings bereits aufgrund des Wortlauts in einen Zusammenhang eingebettet, der mit § 301 Abs 1 SGB VI keinen erkennbaren Berührungspunkt aufweist - ebenfalls den Begriff der (Geld- oder Sach)Leistung in Bezug nimmt und sich auf diese Weise eine (wenn auch minimal ausgeprägte) Teilidentität der Zeichenträger vorliegt, gibt für sich keinerlei Hinweis zumindest auf eine Vergleichbarkeit auch des damit Bezeichneten (dh des Begriffsinhalts selbst). Einer derartigen Annahme steht vielmehr bereits durchgreifend entgegen, daß die oberstgerichtliche Rechtsprechung seit jeher die Bedeutung des § 144 Abs 1 SGG ausschließlich dem Regelungszusammenhang der Bestimmung innerhalb des sozialgerichtlichen Verfahrensrechts entnommen hat (vgl BSGE 3, 234, 235 f; 5, 140, 141; 6, 47, 50; 30, 230, 232; 64, 233, 234 f). Sie hat hieran auch unter Geltung des neuen Rechts festgehalten und ermittelt demgemäß dessen Bedeutungsgehalt gerade auch durch einen Vergleich mit der Vorgängerbestimmung (vgl SozR 3-1500 § 158 Nr 1 S 4). Da demgemäß der zum 1. März 1993 in Kraft getretene § 144 SGG seine Beschränkungswirkung hinsichtlich der Statthaftigkeit der Berufung unabhängig von Sachgebieten und Anspruchsarten (vgl Bernsdorff in Hennig, SGG, Stand: Mai 1997, § 144 SGG RdNr 2) auf dem gesamten Bereich sozialgerichtlicher Rechtsprechungszuständigkeit entfaltet und dem RPflEntlG auch nicht andeutungsweise das Bestreben zu entnehmen ist, gerade den bei seinem Inkrafttreten längst verbindlichen Wortlaut von § 301 Abs 1 Satz 1 SGB VI zu rezipieren, "authentisch" zu interpretieren oder zu modifizieren, kann der Vorschrift eine zusätzliche materielle Wirkung erkennbar nicht zukommen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2003-08-27