B 1/3 KR 6/09 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Sonstige Angelegenheiten
Abteilung
1
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 73 KR 1135/04
Datum
18.10.2006
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 1 KR 111/07
Datum
07.11.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1/3 KR 6/09 R
Datum
20.04.2010
Kategorie
Urteil
Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 7. November 2008 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens. Der Streitwert wird auf 5.373,56 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Erstattung von Kosten stationärer medizinischer Leistungen zur Rehabilitation (Reha).

2

Die 1979 geborene S. C. (im Folgenden: Versicherte) war zunächst bei der damaligen Landesversicherungsanstalt (LVA) Schwaben, sodann bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), in deren Zuständigkeit die klagende Deutsche Rentenversicherung Bund nachfolgte, renten- und bei der beklagten AOK (KK) krankenversichert. Die Versicherte - seinerzeit Studentin - beantragte bei der LVA wegen ärztlich attestierter schwerer generalisierter Neurodermitis und Zunahme der Symptomatik trotz Maximaltherapie in den letzten zwölf Monaten eine stationäre medizinische Reha-Maßnahme in Davos oder am Toten Meer (7.2.2003). Die LVA leitete den Antrag an die BfA weiter, da der letzte Beitrag vor Antragstellung nicht zu einer LVA entrichtet worden sei. Die BfA gewährte die Maßnahme in der Reha-Einrichtung "A. klinik" in Davos vom 4.9. bis 9.10.2003 (Bescheid vom 27.2.2003) und trug hierfür Behandlungskosten in Höhe von 5.216,96 Euro nebst Reisekosten in Höhe von 156,60 Euro, insgesamt 5.373,56 Euro. Sie forderte vergeblich von der Beklagten Erstattung dieses Betrags: Sie habe die Leistung als zweitangegangener Versicherungsträger gemäß § 14 SGB IX erbringen müssen, obwohl die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des § 11 SGB VI nicht erfüllt gewesen seien und sie somit anstelle des zuständigen Krankenversicherungsträgers geleistet habe. Während das Sozialgericht (SG) die Zahlungsklage abgewiesen hat (Urteil vom 18.10.2006), hat das Landessozialgericht (LSG) das SG-Urteil aufgehoben und die Beklagte antragsgemäß zur Zahlung verurteilt, da die Voraussetzungen von § 105 SGB X, § 14 Abs 4 SGB IX erfüllt seien (Urteil vom 7.11.2008).

3

Mit ihrer vom Bundessozialgericht (BSG) zugelassenen Revision rügt die Beklagte die Verletzung von § 105 SGB X und § 14 SGB IX. Die BfA sei kein "zweitangegangener" Träger iS von § 14 Abs 4 SGB IX gewesen, da der Reha-Antrag zwischen zwei Trägern des gleichen Versicherungszweiges "Rentenversicherung" weitergeleitet worden sei. Deshalb kämen lediglich Ansprüche nach § 103 SGB X oder § 104 SGB X in Betracht, deren Voraussetzungen indes nicht erfüllt seien.

4

Die Beklagte beantragt sinngemäß, das Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 7. November 2008 aufzuheben und die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 18. Oktober 2006 zurückzuweisen.

5

Die Klägerin beantragt sinngemäß, die Revision zurückzuweisen.

6

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

7

Die zulässige Revision der beklagten KK ist nicht begründet. Zu Recht hat das LSG auf die Berufung der Beklagten das klageabweisende Urteil des SG aufgehoben und die Beklagte zur Zahlung verurteilt, denn dem klagenden RV-Träger steht ein Anspruch auf Erstattung von 5.373,56 Euro gegen die Beklagte zu. Die Voraussetzungen der allein in Betracht kommenden Anspruchsgrundlage des § 14 Abs 4 Satz 1 SGB IX (dazu 1.) sind erfüllt (dazu 2.).

8

1. Die Klägerin hat gegen die Beklagte einen Erstattungsanspruch aus § 14 Abs 4 Satz 1 SGB IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (idF durch Art 1 des Gesetzes vom 19.6.2001, BGBl I 1046). Diese Vorschrift bestimmt: "Wird nach Bewilligung der Leistung durch einen Rehabilitationsträger nach Abs 1 Satz 2 bis 4 festgestellt, dass ein anderer Rehabilitationsträger für die Leistung zuständig ist, erstattet dieser dem Rehabilitationsträger, der die Leistung erbracht hat, dessen Aufwendungen nach den für diesen geltenden Rechtsvorschriften."

9

§ 14 SGB IX räumt dem zweitangegangenen Träger einen spezialgesetzlichen Erstattungsanspruch gegen den materiell-rechtlich originär zuständigen Reha-Träger ein. Dieser spezielle Anspruch geht den allgemeinen Erstattungsansprüchen nach dem SGB X vor. Er ist begründet, soweit der Versicherte von dem Träger, der ohne die Regelung in § 14 SGB IX zuständig wäre, die gewährte Maßnahme hätte beanspruchen können (vgl zum Ganzen BSGE 98, 277 = SozR 4-2500 § 40 Nr 4, jeweils RdNr 9 ff; BSGE 98, 267 = SozR 4-3250 § 14 Nr 4, jeweils RdNr 18 ff; ebenso BSG SozR 4-3250 § 14 Nr 2 RdNr 15 f; BSGE 101, 207 = SozR 4-3250 § 14 Nr 7, jeweils RdNr 28 ff; BSGE 102, 90 = SozR 4-2500 § 33 Nr 21, jeweils RdNr 24; BSG, Urteil vom 8.9.2009 - B 1 KR 9/09 R - RdNr 11 mwN, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen). Die Regelung begründet einen Ausgleich dafür, dass der zweitangegangene Reha-Träger - bei Vorliegen eines entsprechenden Reha-Bedarfs - die erforderlichen Reha-Leistungen (spätestens nach 3 Wochen) selbst dann erbringen muss, wenn er der Meinung ist, hierfür nicht zuständig zu sein. Dabei handelt es sich um eine gleichsam "aufgedrängte Zuständigkeit" (vgl BSGE 98, 267 = SozR 4-3250 § 14 Nr 4, jeweils RdNr 21). Die in § 14 Abs 2 Satz 1 und 3 SGB IX geregelte Zuständigkeitszuweisung erstreckt sich im Außenverhältnis zum Versicherten auf alle Rechtsgrundlagen, die in dieser Bedarfssituation für Reha-Träger vorgesehen sind. Im Verhältnis zum behinderten Menschen wird dadurch eine eigene gesetzliche Verpflichtung des zweitangegangenen Trägers begründet, die - vergleichbar der Regelung des § 107 SGB X - einen endgültigen Rechtsgrund für das Behaltendürfen der Leistungen in diesem Rechtsverhältnis bildet. Im Verhältnis der Reha-Träger untereinander ist jedoch eine Lastenverschiebung ohne Ausgleich nicht bezweckt. Den Ausgleich bewirkt der Anspruch nach § 14 Abs 4 Satz 1 SGB IX.

10

2. Die Voraussetzungen des Erstattungsanspruchs nach § 14 Abs 4 Satz 1 SGB IX sind vorliegend erfüllt.

11

a) Die Klägerin hat die Reha-Maßnahme als zweitangegangener Reha-Träger nach § 14 Abs 1 Satz 2 bis 4 SGB IX bewilligt. Die (damalige) LVA Schwaben hat als rechtlich selbstständige öffentlich-rechtliche Körperschaft den Antrag an die BfA als Rechtsvorgängerin der Klägerin im Sinne dieser Vorschrift weitergeleitet. Die Anwendung des § 14 SGB IX ist nicht etwa ausgeschlossen, weil zwei Träger der RV beteiligt waren (so etwa Benz, SGb 2001, 611, 615 rechte Spalte). § 14 SGB IX stellt nach seinem Wortlaut auf den einzelnen Reha-Träger ("der" Reha-Träger) ab; in § 6 SGB IX werden die Reha-Träger aufgezählt, zu denen "die" (einzelnen) Träger der jeweiligen Sozialversicherungszweige gehören. Die Träger eines Sozialversicherungszweiges als einen einheitlichen Träger zu behandeln, widerspräche zudem dem Regelungszweck des § 14 SGB IX, zu einer schnellen Zuständigkeitsklärung gegenüber dem behinderten Menschen zu kommen (vgl zum Ganzen BSG-Urteil vom 8.9.2009 - B 1 KR 9/09 R - RdNr 12 mwN, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen).

12

b) Die Beklagte war im Sinne der Norm für die Reha-Maßnahme zuständig. Die "Zuständigkeit" der Beklagten zur Reha-Maßnahme iS des § 14 Abs 4 Satz 1 SGB IX ist gegeben, wenn der Versicherte die Reha-Maßnahme ihrer Art nach von der Beklagten nach ihrem materiellen Recht - der Zuständigkeitsordnung außerhalb von § 14 SGB IX (vgl BSGE 98, 267 = SozR 4-3250 § 14 Nr 4, jeweils RdNr 19) - hätte beanspruchen können. So lag es hier: Die Versicherte hatte ohne die Regelung in § 14 Abs 2 SGB IX nur gegen die Beklagte Anspruch auf die stationäre Reha-Maßnahme nach § 40 Abs 2 SGB V.

13

§ 40 Abs 4 SGB V beruft eine KK allerdings nur zu Leistungen der medizinischen Reha nach § 40 Abs 1 und 2 SGB V, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften mit Ausnahme des § 31 SGB VI solche Leistungen nicht erbracht werden können. Dies war hier der Fall. Grundsätzlich trifft zwar den RV-Träger die Pflicht, medizinische Reha-Maßnahmen zu leisten (§ 9 SGB VI). Die Klägerin durfte hier aber als RV-Trägerin die Leistung nach § 11 SGB VI nicht erbringen, da die Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllte. Sie hatte nämlich als Studentin in den letzten zwei Jahren vor der Beantragung der Reha-Maßnahme

lediglich fünf Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung belegt, wie das LSG unangegriffen und damit für das Revisionsgericht bindend (§ 163 SGG) festgestellt hat.

14

Die materiellen Voraussetzungen für die krankenversicherungsrechtliche Leistungspflicht der Beklagten sind nach den ebenfalls unangegriffenen Feststellungen des LSG dem Grunde nach erfüllt. Die Versicherte bedurfte danach einer stationären medizinischen Reha-Maßnahme in Davos. Ambulante Reha-Leistungen reichten für sie nicht aus.

15

c) Ihrer Art nach stimmten die von der Klägerin erbrachte und die von der Beklagten zu beanspruchende Reha-Maßnahme überein (sachliche Kongruenz), auch wenn nicht feststeht, dass die Beklagte zu einer stationären medizinischen Reha-Leistung im Ausland, in Davos, verpflichtet gewesen wäre (zum Erfordernis einer der Erstattung zugrunde liegenden "ihrer Art nach gleichen" Leistung des anspruchstellenden Trägers gegen den zuständigen Träger vgl BSGE 98, 277 = SozR 4-2500 § 40 Nr 4, jeweils RdNr 16 ff).

16

Für die erforderliche sachliche Kongruenz beim Erstattungsanspruch genügt es, dass die betroffenen KKn eine entsprechende Leistung der Art nach hätten erbringen müssen. Auf die Frage, ob der Beklagten auch eine stationäre Reha-Maßnahme im Inland möglich gewesen wäre, kommt es dagegen nicht an. Allerdings ruhen nach § 16 Abs 1 Nr 1 SGB V (hier anzuwenden idF durch Art 1 Nr 4 Buchst a Zweites Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom 20.12.1991, BGBl I 2325) grundsätzlich Ansprüche auf krankenversicherungsrechtliche Leistungen, solange Versicherte sich im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts erkranken, soweit im SGB V nichts Abweichendes bestimmt ist. Ausnahmen können sich ua aus inter- und supranationalem Recht ergeben (vgl zB BSGE 98, 257 = SozR 4-6928 Allg Nr 1, jeweils RdNr 13 ff mwN). Als eine weitere Ausnahme hiervon bestimmt § 18 Abs 1 Satz 1 SGB V (hier anzuwenden idF durch Art 1 Nr 6 Buchst a Zweites Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom 20.12.1991, BGBl I 2325): "Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung ganz oder teilweise übernehmen."

17

Die gebotene sachliche Kongruenz besteht nicht nur dann, wenn es an einer dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden Behandlungsmöglichkeit durch eine medizinische Reha-Maßnahme im Inland fehlt und die KK ohnehin im Rahmen des § 18 Abs 1 Satz 1 SGB V leisten müsste. Sie ist auch gegeben, wenn eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Inlandsleistung möglich wäre und die KK - von den dargestellten Ausnahmen abgesehen - das Recht hätte, eine Auslandsbehandlung abzulehnen und auf die Möglichkeit der Inlandsleistung zu verweisen. Ein solches Recht stellt im Rahmen des Erstattungsanspruchs nach § 14 Abs 4 SGB IX nämlich nicht die Voraussetzung der sachlichen Kongruenz in Frage. Vielmehr handelt es sich in jedem Falle um ihrer Art nach übereinstimmende Leistungen im Sinne des Erstattungsrechts.

18

Schutzwürdige Belange des Erstattungsverpflichteten stehen nicht entgegen. Dies gilt insbesondere für das Interesse der KK an der Inanspruchnahme von Einrichtungen, mit denen sie einen Versorgungsvertrag geschlossen hat. Es entspricht bereits gesicherter Rechtsprechung, dass ein Erstattungsanspruch eines RV-Trägers gegen eine KK nicht daran scheitern darf, dass die Maßnahme in einer Einrichtung durchgeführt wurde, mit der die KK keinen Versorgungsvertrag (§ 111 SGB V) geschlossen hat (vgl BSGE 98, 277 = SozR 4-2500 § 40 Nr 4, jeweils RdNr 19). Andernfalls würde der Erstattungsanspruch zweckwidrig über Gebühr eingeschränkt. Das gilt, obwohl § 40 Abs 2 SGB V in seiner hier maßgeblichen Fassung (durch Art 1 Nr 19 Buchst b Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22.12.1999, BGBl I 2626) den Anspruch Versicherter auf die Gewährung stationärer medizinischer Reha-Maßnahmen davon abhängig macht, dass mit der Reha-Einrichtung ein "Vertrag nach § 111 SGB V" besteht. Denn dies entspricht einem allgemeinen Grundsatz des Erstattungsrechts zwischen Leistungsträgern (vgl BSGE 58, 263, 271 f = SozR 2200 § 1237 Nr 20 S 53 f; BSG SozR 3100 § 18c Nr 9 S 25, jeweils zu Erstattungsansprüchen, wenn die Maßnahmen nicht in "eigenen" Einrichtungen des angegangenen Trägers oder in von "ihm belegten" Einrichtungen durchgeführt worden waren). Dementsprechend hat es die Rechtsprechung sogar stets als unerheblich angesehen, dass der erstattungspflichtige Leistungsträger kein eigenes Ermessen hinsichtlich der Auswahl der Einrichtung ausüben konnte (vgl nur BSG SozR 4-3100 § 18c Nr 2 RdNr 34 mwN).

19

Auch die wirtschaftlichen Belange der KK werden insoweit hinreichend berücksichtigt. Für den hier betroffenen Erstattungsanspruch des RV-Trägers gegen die KK wegen medizinischer Reha-Leistungen hat besonderes Gewicht, dass der RV-Träger nach § 18 SGB IX Sachleistungen auch im Ausland erbringen kann, wenn sie dort bei zumindest gleicher Qualität und Wirksamkeit wirtschaftlicher ausgeführt werden können. Diese Regelung sichert im Erstattungsfall die allein betroffenen wirtschaftlichen Interessen der erstattungspflichtigen KK: Sie wird nicht über Gebühr belastet. Zudem bestimmt inzwischen § 140e SGB V (idF durch Art 1 Nr 14b Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VändG) vom 22.12.2006, BGBl I 3439), dass KKn zur Versorgung ihrer Versicherten nach Maßgabe des Dritten Kapitels und des dazugehörigen untergesetzlichen Rechts Verträge mit Leistungserbringern nach § 13 Abs 4 Satz 2 SGB V in Staaten abschließen dürfen, in denen die Verordnung (EWG) Nr 1408/71 des Rates vom 14.6.1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl EG L 149 S 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist. Danach ist es KKn seit 1.1.2007 ausdrücklich gestattet, etwa mit den im Gesetz genannten Leistungserbringern auch in der Schweiz (vgl E. Hauck in H. Peters, Handbuch der Krankenversicherung Bd 1, 19. Aufl, 66. Lfg, Stand: 1.10.2009, § 13 SGB V RdNr 44, 310) Verträge über die Erfüllung von Naturalleistungsansprüchen der Versicherten abzuschließen.

20

d) Der Erstattungsanspruch erfasst auch nach seinem Umfang den geltend gemachten Betrag, nämlich die Kosten der stationären Behandlung und die Reisekosten. Aus § 14 Abs 4 Satz 1 SGB IX folgt nämlich die Pflicht des ohne § 14 SGB IX zuständigen Trägers, dem zweitangegangenen Träger "dessen Aufwendungen nach den für diesen geltenden Rechtsvorschriften" zu erstatten. Das aber ist der geltend gemachte Zahlbetrag in Höhe von 5.373.56 Euro.

21

3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO, die Entscheidung über den Streitwert auf § 52 Abs 1 und § 63 Abs 2 Satz 1 GKG.
Rechtskraft
Aus
Login
BRD
Saved
2010-06-24