



Erstattungsanspruch für Kosten eines Rehabilitationsverfahrens zwischen Sozialleistungsträgern

Celle, 8. September 2015

Das Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen hat im Rahmen eines Erstattungsverfahrens zwischen der klagenden Rentenversicherung und der beklagten Krankenkasse entschieden, dass auch im Fall einer nicht vorgesehenen doppelten Weiterleitung eines Antrags auf Leistungen zur Teilhabe der eigentlich zuständige Rehabilitationsträger (hier: die beklagte Krankenkasse) zur Erstattung der Aufwendungen des die Leistung gewährenden Trägers nach § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX verpflichtet ist.

Die beklagte Krankenkasse leitete den Antrag eines Versicherten auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erst nach Ablauf von zwei Wochen an die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund weiter. Diese wiederum stellte nach Prüfung ihrer Zuständigkeit fest, dass das Versichertenkonto bei der klagenden DRV Braunschweig-Hannover geführt wird und leitete den Antrag an diese weiter. Die Klägerin bewilligte dem Versicherten daraufhin Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Sie machte gegenüber der beklagten Krankenkasse im Wesentlichen die Erstattung der Kosten geltend, die ihr nach den für die Rentenversicherung geltenden Rechtsvorschriften entstanden waren (2786,21 €). Die Beklagte erkannte ihre Leistungspflicht lediglich hinsichtlich der Pflege- und Fahrtkosten an, die auch nach den gesetzlichen Vorschriften der Krankenversicherung entstanden wären (2127,26 €).

Das Sozialgericht hat die Klage, mit der die Klägerin ihr noch offenes Erstattungsbegehren unter Verzicht auf die Beiträge zur Unfallversicherung auf einen Betrag in Höhe von 652,32 € beschränkte, mit der Begründung abgewiesen, die Klägerin habe keinen Anspruch auf Erstattung ihrer Aufwendungen nach § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX, weil diese Vorschrift lediglich den Erstattungsanspruch des zweitangegangenen Trägers regelt. Die Konstellation eines drittangegangenen Trägers sei von § 14 SGB IX nicht vorgesehen.

Der 1. Senat des LSG hat diese Entscheidung aufgehoben und die beklagte Krankenkasse zur Erstattung des von der Klägerin geltend gemachten Betrages verurteilt. Es verstoße gegen den Grundsatz von Treu und Glauben, wenn ein sich selbst rechtswidrig verhaltender Träger die Erstattung von Aufwendungen verweigern könnte, die überhaupt nur deswegen entstanden sind, gerade weil er sich rechtswidrig verhalten hat. Die Beklagte als eigentlich zuständiger Rehabilitationsträger hätte bei korrekter Würdigung des Sachverhalts und Beachtung der Fristen des § 14 Abs. 1 SGB IX die Rehabilitationsleistung gegenüber dem Versicherten selbst erbringen müssen. Die Klägerin habe die Leistung als unzuständiger Träger bewilligt und erbracht und daher nach § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX einen Anspruch auf Erstattung ihrer Aufwendungen, so als wäre sie der zweitangegangene Träger gewesen.

Nr.11/ 2015 Mike Witt Pressestelle Georg-Wilhelm-Straße 1, 29223 Celle	Tel.: (05141) 962-120 Fax: (05141) 962-200	www.landessozialgericht.niedersachsen.de E-Mail: LSGCE-Pressestelle@justiz.niedersachsen.de
---	---	--

Einem Anspruch der Klägerin stehe nicht entgegen, dass es die doppelte Weiterleitung eines Antrags und damit einen drittangegangenen Träger gar nicht geben dürfte.

Der Senat hat weiter ausgeführt, dass § 14 SGB IX nur eine einmalige Weiterleitung eines Rehabilitationsantrags vorsehe und der Träger, an den der Antrag weitergeleitet worden ist, in jedem Fall zur Leistung verpflichtet und nicht berechtigt sei, den Antrag seinerseits weiterzuleiten. Zudem sehe die Vorschrift aber auch vor, dass eine Weiterleitung lediglich innerhalb zweier Wochen nach Antragstellung des Versicherten beim erstangegangenen Träger erfolgen dürfe. § 14 SGB IX enthalte aber weder für den Fall einer - rechtswidrigen - Weiterleitung nach Ablauf der Frist von 14 Tagen (wie sie hier vorliege), noch für den Fall einer - rechtswidrigen - nochmaligen Weiterleitung durch den zweitangegangenen Träger (DRV Bund) selbst eine ausdrückliche Regelung hinsichtlich der Erstattungsansprüche desjenigen, der die Leistung gegenüber dem Versicherten letztendlich erbracht hat (hier: die DRV Braunschweig-Hannover).

Bei der Auslegung des § 14 SGB IX sei nach Auffassung des Senats stets der ausdrückliche Wille des Gesetzgebers zu beachten, dem Versicherten bzw. behinderten Menschen so schnell wie möglich die notwendige Hilfe zu Teil werden zu lassen und zu vermeiden, dass eine Entscheidung durch einen Zuständigkeitsstreit unter den Trägern verzögert wird. Die Klägerin als drittangegangener Träger sei der einzige am Verfahren beteiligte Träger, der dem Sinn der Regelung des § 14 SGB IX und damit dem ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers und dem Anspruch des Versicherten auf eine schnelle Durchführung der notwendigen Rehabilitationsmaßnahme Rechnung getragen habe.

Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen: Urteil vom 25. Juni 2015 - L 1/4 KR 437/12; veröffentlicht in www.sozialgerichtsbarkeit.de; Revision anhängig beim BSG zum Aktenzeichen B 1 KR 27/15 R

Vorinstanz: Sozialgericht Hannover

Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (Artikel 1 des Gesetzes v. 19.6.2001, BGBl. I S. 1046) in der Fassung vom 23. April 2004 (gültig seit 1. Mai 2004), zitiert nach Juris § 14 Zuständigkeitsklärung

(1) ¹Werden Leistungen zur Teilhabe beantragt, stellt der Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages bei ihm fest, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistung zuständig ist; bei den Krankenkassen umfasst die Prüfung auch die Leistungspflicht nach § 40 Abs. 4 des Fünften Buches. ²Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu. ...

(2) ¹Wird der Antrag nicht weitergeleitet, stellt der Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf unverzüglich fest. ²Muss für diese Feststellung ein Gutachten nicht eingeholt werden, entscheidet der Rehabilitationsträger innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang. ³Wird der Antrag weitergeleitet, gelten die Sätze 1 und 2 für den Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet worden ist, entsprechend; die in Satz 2 genannte Frist beginnt mit dem Eingang bei diesem Rehabilitationsträger.

...
(4) ¹Wird nach Bewilligung der Leistung durch einen Rehabilitationsträger nach Absatz 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. ...