

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 13 RJ 49/93

Bezirk Oberbayern - Sozialhilfeverwaltung -,
München, Lucile-Grahn-Straße 37,

Kläger und Revisionsbeklagter,

g e g e n

Landesversicherungsanstalt Oberbayern,
München, Thomas-Dehler-Straße 3,

Beklagte und Revisionsklägerin.

Der 13. Senat des Bundessozialgerichts hat am 16. Juni 1994 ohne mündliche Verhandlung durch den Vorsitzenden Richter Dr. G a g e l, die Richter Dr. W i e g a n d und Dr. L o y t v e d sowie die ehrenamtlichen Richter L e i n g ä r t n e r und Freiherr von B o d e n h a u s e n für Recht erkannt:

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 27. April 1993 wird zurückgewiesen.

Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



Gründe:

I

Die Beteiligten streiten über die Erstattung von Kosten der Nachbetreuung nach einer Drogensuchtbehandlung.

Der Versicherte (geboren 1957, gestorben am 22. Februar 1992) hat Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung zwischen September 1972 und April 1984 entrichtet.

Er mußte sich in der Zeit vom 25. April 1984 bis 2. März 1985 in der Bezirksklinik M.

U. einer stationären Behandlung seiner Drogensucht unterziehen. Die Kosten trug die Beklagte.

Daran anschließend befand er sich vom 3. März 1985 bis 31. Mai 1985 zur Nachbetreuung in der Nachsorgegemeinschaft der Prop-Alternative, deren Kosten zunächst vom Kläger getragen wurden.

Daneben verrichtete der Versicherte vom 11. Februar 1985 bis 28. Juli 1985 eine versicherungspflichtige Tätigkeit als Packer, die durch Kündigung wegen Nichterscheinens zur Arbeit endete.

Der Kläger nahm die Beklagte zur Erstattung der von ihm für die Nachsorgebehandlung getragenen Kosten in Anspruch. Die Beklagte lehnte dies ab, weil die medizinischen Maßnahmen zur Rehabilitation mit der Beendigung des stationären Aufenthalts in der Bezirksklinik U. beendet gewesen seien.

Mit der Klage hat der Kläger weiterhin die Erstattung von Kosten in Höhe von 9.054,60 DM begehrt. Das Sozialgericht München (SG) hat ua Auskünfte der Prop-Alternative und der Bezirksklinik eingeholt. Dort wird berichtet, daß eine enge Zusammenarbeit zwischen der Klinik und der Nachsorgeeinrichtung bestehe, um zu erreichen, daß die Patienten möglichst frühzeitig die Klinik verlassen könnten und deren Persönlichkeit stabilisiert werde. Es bedürfe eines hohen Maßes an therapeutischer Betreuung, damit vor allem in der ersten Phase der Nachsorge kein Rückfall des Patienten eintrete. Im vorliegenden Falle sei die Nachbehandlung allerdings nicht erfolgreich gewesen, so daß sie frühzeitig abgebrochen worden sei. Es sei zu einer späteren erneuten stationären Entwöhnungsbehandlung gekommen.

Mit Urteil vom 12. Dezember 1989 hat das SG die Beklagte verpflichtet, dem Kläger die Kosten der Nachsorgebehandlung in beantragter Höhe zu erstatten. Im Rahmen des anschließenden Berufungsverfahrens hat das Bayerische Landessozialgericht (LSG) die Beiladung des Versicherten aufgehoben, nachdem dieser verstorben war und die beigezogenen Nachlaßakten nach Auffassung des LSG keinen Anlaß zur Beiladung der Rechtsnachfolger gegeben hatten (die gesetzlichen Erben hatten die Erbschaft



ausgeschlagen und hatten keine weiteren Abkömmlinge). Durch Urteil des LSG vom 27. April 1993 ist die Berufung der Beklagten zurückgewiesen worden. In der Sache hat das LSG die Auffassung vertreten, daß es sich bei der Nachsorge in der Prop-Alternative um eine medizinische Maßnahme gehandelt habe, weil sie der Stabilisierung des Behandlungserfolgs gedient habe. Die Behandlung müsse nicht unbedingt durch einen Arzt erfolgen.

Die Maßnahme sei auch erforderlich gewesen und unter dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit auch angemessen.

Mit der Revision rügt die Beklagte, daß das LSG einen falschen Begriff der "medizinischen Leistung" zugrunde gelegt habe. Außerdem rügt sie mangelhafte Beweiserhebung.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) sei eine Maßnahme nur dann eine medizinische, wenn sie zumindest ärztlich indiziert sei. Dies habe das LSG nicht festgestellt.

Außerdem sei zu berücksichtigen, daß die Nachsorge in erster Linie der Beschaffung von Wohnraum und Arbeit diene. Die psychosoziale Betreuung werde nur nebenbei ausgeübt und sei jedenfalls nicht vorrangig.

Insoweit hätte deshalb eine eingehende Untersuchung des Konzepts der Prop-Alternative stattfinden müssen, was nicht geschehen sei.

Auch Erforderlichkeit und Eignung seien nicht ausreichend überprüft worden.

Die Beklagte beantragt,

die Urteile des LSG und des SG aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Er beruft sich im wesentlichen auf das angefochtene Urteil.

Beide Beteiligten haben sich damit einverstanden erklärt, daß das Urteil gemäß § 124 Abs 2 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) ohne mündliche Verhandlung ergeht.

II

Die Revision ist zulässig. Sie ist aber nicht begründet.

Rechtsgrundlage des Erstattungsanspruchs ist § 104 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB X). Nach § 104 Abs 1 Satz 1 SGB X muß ein Leistungsträger, gegen den der Berechtigte vorrangig einen Anspruch hat oder hatte, einem nachrangig



verpflichteten Leistungsträger die von ihm erbrachten Sozialleistungen erstatten, sofern nicht die Voraussetzung des § 103 Abs 1 SGB X (nachträglicher Wegfall) vorliegen oder der Leistungsträger selbst bereits ohne Kenntnis von der Leistung des anderen Leistungsträgers geleistet hat.

Als Träger der Sozialhilfe war der Kläger gemäß § 2 Abs 1 des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) lediglich nachrangig verpflichtet, dem Versicherten Eingliederungshilfe gemäß §§ 39, 40 BSHG in Form der Nachsorgebehandlung zu gewähren. Wegfall der Leistungsverpflichtung oder eigene Leistungen der Beklagten lagen nicht vor.

Aufgrund des engen Zusammenhangs zwischen Erstattungsanspruch des nachrangig verpflichteten Leistungsträgers und Sozialleistungsanspruch des Versicherten gegen den vorrangig verpflichteten Leistungsträger ist weiterhin erforderlich, daß die wesentlichen Voraussetzungen eines Anspruchs des Versicherten gegen die Beklagte auf gleichartige Sozialleistungen erfüllt waren (BSG SozR 2200 § 1236 Nr 3 mwN).

Rechtsgrundlage für die Erbringung einer Maßnahme der streitigen Art durch einen Träger der Rentenversicherung ist § 1236 Abs 1 und 1a der Reichsversicherungsordnung (RVO) iVm §§ 1237 - 1237b RVO. Diese Vorschriften finden noch Anwendung, da sie zur Zeit der Antragstellung galten (§ 301 Abs 1 des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches <SGB VI>). Antrag in diesem Sinne ist der Antrag auf Einleitung des Rehabilitationsverfahrens insgesamt (BSG SozR 3-2200 § 1236 Nr 3), der im vorliegenden Fall vor Beginn der stationären Behandlung Anfang 1984 gestellt worden ist.

Nach § 1236 Abs 1 Satz 1 RVO kann der Träger der Rentenversicherung in dem Fall, daß die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist, Leistungen zur Rehabilitation erbringen, wenn die Erwerbsfähigkeit durch diese Leistungen wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann oder wenn bei einer bereits geminderten Erwerbsfähigkeit durch diese Leistungen der Eintritt der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsunfähigkeit abgewendet werden kann.

Versicherter iS dieser Vorschrift ist gemäß § 1236 Abs 1a RVO ua, für wen im Zeitpunkt der Antragstellung in den vorangegangenen 24 Kalendermonaten mindestens für sechs Kalendermonate Beiträge aufgrund einer versicherungspflichtigen Beschäftigen entrichtet worden sind. Diese Voraussetzungen sind hier nicht zweifelhaft.

Die Beklagte war auch der zuständige Versicherungsträger, da der Versicherte in ihrem Amtsbereich wohnte und den letzten Beitrag zur Arbeiter-Rentenversicherung entrichtet hat (Abschn 1.1 sowie 3.1 iVm 2.1 der Vereinbarung über die Zuständigkeit der Träger der Rentenversicherung untereinander für Leistungen zur Rehabilitation vom 1. August 1975, BKK 1976, 107).



Es handelt sich auch um einen in das Aufgabengebiet der Rentenversicherung fallenden Rehabilitationsfall, da nach den Feststellungen des LSG die Behandlung des Klägers wegen Drogensucht erforderlich war, um seine Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen. Auf dieser Grundlage hat die Beklagte bereits die klinische Behandlung bewilligt.

Gemäß § 1545 Abs 1 Nr 2 RVO und § 4 Abs 1 Satz 1 Rehabilitationsangleichungsgesetz (RehaAnglG) bedarf eine Rehabilitationsleistung auch eines Antrags des Versicherten. Dieser wurde ausweislich der Akten im Mai 1984 gestellt und führte dazu, daß die Beklagte die Kosten für eine Entwöhnungsbehandlung übernahm und Übergangsgeld bewilligte. Dieser Antrag umfaßte alle Folgebehandlungen, die erforderlich waren, um das Rehabilitationsziel zu erreichen (BSG SozR 3-2200 § 1236 Nr 3). Er wäre erst dann "verbraucht" gewesen, wenn die Gesundheit soweit gefestigt wäre, daß es weiterer Maßnahmen zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit nicht bedürfte. Der Antrag bezieht sich also nicht auf eine einzelne Rehabilitationsmaßnahme, sondern auf die Rehabilitation als Verfahren. Der Versicherte bringt damit seinen Willen zum Ausdruck, ein auf Wiederherstellung seiner Erwerbsfähigkeit zielendes Verwaltungshandeln dem Grunde nach in Gang zu setzen. Einzelausgestaltung und Dauer des Verfahrens sind grundsätzlich noch offen und vom zuständigen Versicherungsträger im Rahmen pflichtgemäßen Ermessens sachgerecht zu planen. Nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats (aaO) kann sich allerdings ergeben, daß der ursprüngliche Antrag durch weitere Erklärungen des Versicherten konkretisiert werden muß. Dies ist uU erforderlich, bevor der Versicherte in eine vom Plan des Rehabilitationsträgers abweichende Maßnahme eintritt oder eine solche von einer anderen Stelle durchgeführt wird oder wenn anstelle einer abgebrochenen Maßnahme eine andere eingeleitet wird. Ein solcher Fall liegt hier aber nicht vor. Es ist lediglich eine nach ärztlicher Auffassung erforderliche Fortsetzung der Behandlung durch eine weitere Maßnahme eingeleitet worden, weil ein Plan der Beklagten für die Weiterführung der Rehabilitation nicht vorlag. Dies war von dem Antrag auf Einleitung des Rehabilitationsverfahrens gedeckt.

Erforderlich ist ferner die Zustimmung des Versicherten (§ 4 Abs 1 Satz 1 RehaAnglG) zur Durchführung der konkreten Maßnahme, die hier aber nach den nicht angegriffenen Feststellungen des LSG vorliegt.

Schließlich muß es sich um eine Maßnahme aus dem Katalog der §§ 1237, 1242 RVO handeln. Hierzu hat das BSG bereits mehrfach entschieden, daß zu dem Katalog medizinischer Maßnahmen auch Nachsorgebehandlungen gehören, selbst wenn daran ein Arzt nicht unmittelbar mitwirkt, weil der Begriff der "medizinischen Leistung zur Rehabilitation" nicht auf ärztliche Tätigkeit verweist, sondern auf das Ziel, einen körperlichen, geistigen oder seelischen Schaden durch geeignete Maßnahmen zu bessern oder zu beheben (vgl BSGE 54, 54 = SozR 2200 § 1237 Nr 18; SozR 2200 § 1237 Nr 21; BSGE 66, 54 = SozR 2200 § 1237 Nr 22; BSGE 66, 87 = SozR 2200 § 1237 Nr 23; Urteil vom 12. September 1990 - 5 RJ 42/89 -; BSGE 68, 167 = SozR



3-2200 § 1237 Nr 1; SozR 3-2200 § 1237 Nr 2; Urteil vom 23. April 1992 - 13 RJ 27/91 -; Urteil vom 8. Oktober 1992 - 13 RJ 57/91 -).

Demzufolge ist regelmäßig für den Charakter als medizinische Maßnahme nicht entscheidend, wer die Maßnahme durchführt und welche Qualifikation die dabei eingesetzten Personen aufweisen. Insoweit könnten allenfalls bei der Prüfung der Eignung und der Zweckmäßigkeit der Maßnahme einengende Anforderungen zu beachten sein. Es bestehen deshalb von der Personalausstattung her keine Bedenken, die Behandlung in der Prop-Alternative, ebenso wie das LSG, als medizinische Maßnahme anzusehen.

Der Begriff "medizinische Maßnahme" unterliegt jedoch einer inhaltlichen Begrenzung. Es liegt im Wesen medizinischer Maßnahmen, daß sie heilend auf den Gesundheitszustand des Menschen einwirken sollen, dessen Erwerbsfähigkeit erhalten, gebessert oder wiederhergestellt werden soll. Die Maßnahme muß also ihrer Art nach bestimmt sein, das Leiden eines Menschen zu beeinflussen. (Uu können hierzu auch solche Maßnahmen gerechnet werden, die zugleich auf Menschen im nahen Umfeld des Versicherten einwirken, zB Familientherapie). Dabei ist der Kreis sehr weit zu ziehen, da regelmäßig gerade bei Abhängigkeitskranken die Störung der sozialen Beziehungen eine Erscheinungsform der Krankheit ist (vgl Mrozynski, Rehabilitationsrecht, 3. Aufl, S 9).

Dagegen gehören nicht zu den medizinischen Maßnahmen Bemühungen, die durch Veränderung der Lebensbedingungen und des gesellschaftlichen Umfeldes, wie zB Arbeitssuche, Wohnraumbeschaffung oder Schuldentilgung, nur einer mittelbaren Verringerung der Gefährdung des Versicherten dienen.

Dabei ist allerdings nicht zu verkennen, daß eine Maßnahme wie der Aufenthalt in einer Übergangseinrichtung neben dort durchgeführter medizinischer Behandlung uU auch das Problem der Wohnraumbeschaffung und evtl sogar der Arbeitsstellensuche (vorübergehend) löst und auch dazu vorgesehen ist. Dies ist indes unbeachtlich, solange der Aufenthalt in der Übergangseinrichtung für die Durchführung der medizinischen Maßnahmen, so wie sie aus medizinischen Gründen gestaltet wurden, erforderlich ist. Liegt eine (stationäre) medizinische Maßnahme zur Rehabilitation vor, weil sie der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durch Einwirkung auf eine Erkrankung des Versicherten dient, so wird die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers nicht dadurch beeinflußt, daß die Maßnahme zugleich auch Zwecke der beruflichen und sozialen Integration mitverfolgt. Dies hat der erkennende Senat bereits mehrfach entschieden und ausführlich begründet (SozR 3-2200 § 1237 Nr 2 S 9 f; Urteil vom 17. Juni 1993 - 13/5 RJ 50/90 - mwN). Es kommt auch nicht darauf an, wo das Schwergewicht der Zwecke liegt, sofern die Maßnahme in ihrer konkreten Gestalt der Besserung der Erwerbsfähigkeit dient und die beschriebenen Kriterien einer Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation erfüllt.



Insoweit bestehen bei der hier umstrittenen Maßnahme keine Bedenken. Nach den Feststellungen des LSG besteht eine enge Verbindung zwischen der Prop-Alternative und einer Klinik. Die Nachsorgeeinrichtung soll ermöglichen, daß die Patienten möglichst frühzeitig die Klinik verlassen können. Sie bleiben bei den Therapeuten der Klinik weiter ambulant in Behandlung, wohnen aber in der Prop-Alternative und erhalten dort stützende Förderung ua zur Eingliederung in Beruf und Gesellschaft, die zur Sicherung des Behandlungserfolges notwendig ist.

Der Einwand der Beklagten, daß nach den Aussagen, auf die sich das LSG stützt, der Schwerpunkt der Prop-Alternative im Bereich der beruflichen und sozialen Rehabilitation liege, ist deshalb nicht schlüssig.

Der Rentenversicherungsträger kann eine stationäre Maßnahme nur dort ablehnen, wo sie in dieser Form nicht zur Beeinflussung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten erforderlich oder zweckmäßig ist und der stationäre Aufenthalt nur (noch) aus Gründen erfolgt, die nicht in seinen Zuständigkeitsbereich fallen. Dies ist erst dann der Fall, wenn das medizinische Behandlungsbedürfnis ebensogut ambulant oder teilstationär abgedeckt werden könnte oder wenn der Versicherte auch ohne Betreuung in der Lage wäre, in das Alters- und Erwerbsleben zurückzukehren, ohne sich einer erheblichen Rückfallgefahr auszusetzen. In solchen Fällen, in denen zB die Entlassung lediglich am Fehlen einer Wohnung oder an sonstigen äußeren Bedingungen scheitert, deren Beseitigung nicht in den Zuständigkeitsbereich der Beklagten fällt, wäre deren Leistungspflicht für eine stationäre Unterbringung nicht mehr gegeben. (Allerdings wird sich insoweit häufig aufgrund der Gesamtverantwortung für den Rehabilitationsfall eine Pflicht zur vorläufigen Leistung iS von § 43 SGB I ergeben).

Derartige liegt aber nach den Feststellungen des LSG hier nicht vor. Der Aufenthalt in der Prop-Alternative war vielmehr Teil eines einheitlichen medizinisch begründeten Behandlungskonzepts, das darauf ausgerichtet war, die Stabilisierung des Klägers dadurch zu fördern, daß er möglichst früh aus der besonderen Klinikatmosphäre entlassen und bei Fortdauer der ambulanten Behandlung in der Klinik auf die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben vorbereitet wird. Aus der Fortdauer der ambulanten Behandlung kann nicht generell geschlossen werden, daß begleitende psychosoziale Betreuung nicht mehr erforderlich sei. Derartige generelle Erfahrungssätze sind nicht belegt und auch von der Beklagten nicht vorgetragen worden. Gegen die Feststellung des LSG, daß die Fortsetzung der Behandlung in der Prop-Alternative erforderlich und zweckmäßig war, bestehen demnach insoweit keine Bedenken.

Die Verpflichtung der Beklagten wird schließlich auch nicht dadurch eingeschränkt, daß der Kläger in dieser Zeit (und sogar schon vorher) in einem Arbeitsverhältnis stand und Arbeitsentgelt erzielte. Dieser Umstand kann allenfalls im Rahmen der Gewährung von



Übergangsgeld Bedeutung gewinnen. Das Rehabilitationsziel der vollständigen Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit war damit jedenfalls noch nicht ohne weiteres erreicht, zumal es sich nach den Feststellungen des LSG um einen Arbeits- und Belastungsversuch handelte. Aus dem Vorliegen eines Arbeitsverhältnisses kann überdies nicht geschlossen werden, daß der Kläger keiner erheblichen Rückfallgefahr mehr ausgesetzt war und ohne psychosoziale Betreuung in der Lage gewesen wäre, im Erwerbsleben zu bestehen. Auch insoweit ist ein allgemeiner Erfahrungssatz nicht erkennbar. (Die tatsächliche Entwicklung im vorliegenden Fall spricht sogar deutlich dagegen.) Die Feststellung des LSG, daß die Nachsorge erforderlich und zweckmäßig war, ist deshalb auch unter diesem Gesichtspunkt nicht angreifbar.

Die Beklagte kann im vorliegenden Fall auch nicht einwenden, daß sie nicht beteiligt worden sei und eine andere, zweckmäßigere Maßnahme gewählt hätte. Es gibt keine Rechtsgrundlage, die Kostenübernahme für eine ohne Einschaltung des Rehabilitationsträgers durchgeführte Maßnahme abzulehnen, nur weil sie mangels anderer Angebote eigenmächtig durchgeführt wurde. Im Gegenteil ergibt sich deutlich aus dem Gesetz, daß stets dann, wenn ein Antrag zur Durchführung der Rehabilitation vorliegt, der Rehabilitationsträger von sich aus rechtzeitig durch Planung und Sicherung von Rückmeldungen für eine zügige und lückenlose Durchführung bis zum Erreichen des Rehabilitationsziels sorgen muß (§ 5 Abs 1 - 3 RehaAnglG). Es liegt also in seiner Verantwortung sicherzustellen, daß er rechtzeitig von weiterem Rehabilitationsbedarf erfährt und die erforderlichen Maßnahmen eingeleitet werden. Die Nichtbeachtung dieser Pflichten entlastet ihn nicht.

Die Beklagte könnte auch nicht einwenden, daß sie im Rahmen ihres Ermessens eine andere Maßnahme durchgeführt hätte. Diesen Einwand hat bereits das LSG mit der zutreffenden Begründung zurückgewiesen, daß hierfür kein Raum ist, weil die Beklagte generell ihre Verpflichtung zur Gewährung der Nachsorge und damit auch jede Mitwirkung abgelehnt hat.

Sie könnte sich nur darauf berufen, daß die Nachsorge in der Prop-Alternative unter medizinischen und/oder wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht zweckmäßig war. Insoweit hat sie aber die Feststellungen des LSG nicht mit wirksamen Verfahrensrügen angegriffen.

Da somit die Betreuung in der Prop-Alternative alle Voraussetzungen einer in den Zuständigkeitsbereich der Beklagten fallenden erforderlichen und zweckmäßigen medizinischen Rehabilitationsmaßnahme erfüllte, konnte die Revision der Beklagten keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

