



## Diskussionsforum Teilhabe und Prävention

Herausgegeben von:

**Dr. Alexander Gagel & Dr. Hans-Martin Schian**

in Kooperation mit:

**Prof. Dr. Wolfhard Kohte**  
Martin-Luther-Universität  
Halle-Wittenberg

**Prof. Dr. Ulrich Preis**  
Institut für Deutsches und Europäisches  
Sozialrecht, Universität zu  
Köln

**Prof. Dr. Felix Welti**  
Hochschule Neubrandenburg

April 2009

## Forum A

Leistungen zur Teilhabe und Prävention  
– Diskussionsbeitrag Nr. 6/2009 –

### **Erstangegangener Rehabilitationsträger auch zuständig für Fortsetzung des Verfahrens nach § 44 SGB X – Kann § 14 SGB IX zum Anspruchsverlust führen?**

*von Prof. Dr. Felix Welti*

Der 13. Senat des BSG hat sich mit einer Klage gegen einen Rentenversicherungsträger auf ein digitales Hörgerät befasst, für das die Krankenkasse nur einen Zuschuss in Höhe des Festbetrags gezahlt hatte (BSG, Urt. v. 21.08.2008, Az. B 13 R 33/07 R). Das BSG ging davon aus, dass die Krankenkasse in einem frühen Verfahrensstadium ihre Pflichten aus § 14 SGB IX verletzt haben könnte und zog daraus weit reichende Konsequenzen.

#### **Thesen:**

- 1. Für die Anwendung von § 14 SGB IX kommt es nicht darauf an, ob der Antrag sich beim erstangegangenen Träger auf Leistungen zur Teilhabe richtet, sondern ob die begehrte Leistung bei einem anderen Träger Leistung zur Teilhabe sein kann.**
- 2. Ein erstangegangener Rehabilitationsträger ist auch für das Verfahren zuständig, das nach § 44 SGB X zu führen ist, wenn er rechtswidrig unterlassen hat, die Zuständigkeit eines anderen Trägers zu prüfen oder diese Prüfung zu Unrecht im Ergebnis verneint hat**
- 3. Soweit durch eine lange Verfahrensdauer die Vier-Jahres-Frist in § 44 Abs. 4 SGB X bereits überschritten ist, kommt in Betracht, dass der erstangegangene Rehabilitationsträger unbeschadet der Frist leistungspflichtig ist.**
- 4. Fraglich ist, ob § 14 SGB IX den Bürgerinnen und Bürgern die Möglichkeit nehmen soll, einen zweiten Antrag direkt bei einem anderen Rehabilitationsträger zu stellen.**

## Urteil des BSG vom 21.8.2008 – B 13 R 33/07 R

### I. Der Fall

Der 1957 geborene Kläger ist seit Geburt **schwerhörig**. Er arbeitet als Lagerarbeiter, fährt Gabelstapler, gibt Waren aus und nimmt sie an. Sein HNO-Arzt verordnete ihm 2002 neue **digitale Hörgeräte** für 3.715 €, weil die Leistung der **analogen Hörgeräte unzureichend** sei. Die Krankenkasse zahlte den Festbetrag von 915 € (§§ 33 Abs. 1 Satz 1, 36 SGB V; § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX). Wegen des Restbetrages beantragte der Kläger die Kostenübernahme beim Träger der Rentenversicherung als **Hilfsmittel zur Teilhabe am Arbeitsleben** (§§ 9, 16 SGB VI; § 33 Abs. 3 Nr. 6, Abs. 8 Nr. 4 SGB IX). Der Rentenversicherungsträger lehnte ab, weil die Hörgeräte nicht nur dem Arbeitsleben, sondern auch der **Hörfähigkeit im Alltag** dienen. Das SG Hildesheim verurteilte den Rentenversicherungsträger zur Zahlung des Differenzbetrages (Urt. v. 13.4.2005, Az. S 5 RJ 117/03). Auf Berufung des Rentenversicherungsträgers hat das LSG Niedersachsen-Bremen diesen zur Neubescheidung verurteilt (Urt. v. 8.3.2007, Az. L 10 R 247/05). Erste und zweite Instanz stützten sich darauf, dass der Kläger nach ihren Feststellungen zur Sicherheit am Arbeitsplatz auf digitale Hörgeräte angewiesen ist. Die Krankenkasse wurde von SG und LSG nicht beigeladen, weil der Anspruch auf die digitalen Hörgeräte auch im Rahmen der medizinischen Rehabilitation gegen die Rentenversicherung gerichtet werden könnte (§§ 9, 15 SGB VI, § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX).

### II. Die Entscheidung

Das BSG hat auf die Revision des Rentenversicherungsträgers den Fall an das LSG Niedersachsen-Bremen **zurückverwiesen**, da § 14 SGB IX nicht beachtet wurde und noch Tatsachen zur Leistungsverpflichtung der Krankenkasse aufzuklären sind.

#### 1. Anwendung von § 14 SGB IX

Das BSG stellt fest, dass wegen des geleisteten Zuschusses der Krankenkasse vermutet werden könne, dass diese **erstangegangener Rehabilitationsträger** war. Da der Kläger den Antrag bei der Rentenversicherung selbst gestellt hat, konnte auch nicht von einer Weiterleitung nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX ausgegangen werden, so dass es möglich ist, dass die Krankenkasse als erstangegangener Rehabilitationsträger unabhängig von der Anspruchsgrundlage zuständig geblieben ist. Das LSG hat hierzu nichts Näheres festgestellt, so dass das BSG zur Tatsachenaufklärung rückverwiesen hat.

Das BSG geht davon aus, dass auch ein neuer Antrag bei einem anderen Rehabilitationsträger die durch § 14 SGB IX begründete Zuständigkeit des erstangegangenen Rehabilitationsträger nicht durchbricht. Lehnt der erstangegangene Rehabilitationsträger seine Pflicht zur Weiterleitung zu Unrecht ab oder entscheidet er zu Unrecht, dass kein anderer Rehabilitationsträger in Betracht kommt, muss sich auch der **An-**

**trag auf Rücknahme dieses rechtswidrigen nicht begünstigenden Verwaltungsaktes (§ 44 SGB X) gegen den erstangegangenen Rehabilitationsträger** richten. Hätte die Krankenkasse zu Unrecht einen Ablehnungsbescheid erlassen, hätten sich Widerspruch oder Antrag auf Rücknahme des Ablehnungsbescheids gegen die Krankenkasse richten müssen, und zwar auch dann, wenn der Antragsteller geltend macht, sein Anspruch richte sich nach Rentenversicherungsrecht. Der 13. Senat bezieht sich hier auf eine Entscheidung des 7. Senats vom 26.10.2004 (Az. B 7 AL 16/04 R, BSGE 93, 283; *Gagel*, IQPR-Diskussionsforum A 3/2005), in der eine ähnliche Konstellation zwischen dem Träger der Sozialhilfe und der Bundesagentur gegeben gewesen war.

Der 13. Senat setzt sich auch mit der Möglichkeit auseinander, dass das beantragte digitale Hörgerät bei der Krankenkasse **keine Leistung zur Teilhabe** sein könnte. Der 13. Senat meint, eine Entscheidung des 1. Senats zu einer Leistung der medizinischen Rehabilitation in Einrichtungen nach § 40 Abs. 1 SGB V (BSG vom 26.6.2007, B 1 KR 36/06 R; *Welti*, IQPR-Diskussionsforum A 10/2008) so zu verstehen, dass dieser für Krankenversicherung zuständige Senat Hilfsmittel zum Behindertenausgleich nicht als Leistungen der medizinischen Rehabilitation ansieht, sondern als Leistungen der **Krankenbehandlung**. Der 13. Senat führt dann aus, hierauf komme es aber nicht an, weil ein an die Krankenkasse gerichteter Antrag auf Versorgung mit digitalen Hörgeräten unabhängig von dieser Frage immer auch als Antrag auf Leistungen zur Teilhabe zu werten sei, weil digitale Hörgeräte **zumindest auch Leistungen zur Teilhabe sein könnten**.

## **2. Möglicher Rechtsverlust durch § 14 SGB IX**

Das BSG sieht das Problem, dass nach einer Verfahrensdauer von knapp sechs Jahren seit der ärztlichen Verordnung der digitalen Hörgeräte mögliche Ansprüche gegen die Krankenkasse als erstangegangenen Rehabilitationsträger nicht mehr durchsetzbar sein könnten. Die Lösung dieser rechtlichen Probleme gibt das BSG dem LSG auf. Weil der Kläger gegen den Bescheid der Krankenkasse nicht vorgegangen ist, sondern sich an die Rentenversicherung gewandt hat, könnte nach der Rechtsprechung des BSG die Krankenkasse auch als **beigeladener Rehabilitationsträger nicht verurteilt werden** (BSG, Ur. v. 13.08.1981, Az. 11 RA 56/80, SozR 1500 § 75 Nr 38). Sollte ein Bescheid von der Krankenkasse erlassen worden sein, könnte einem Antrag des Klägers auf Rücknahme dieses möglicherweise rechtswidrigen Bescheids die **Vierjahresfrist in § 44 Abs. 4 SGB X** entgegenstehen. Hätte die Krankenkasse den Zuschuss ohne Verwaltungsakt erbracht, wäre der weitergehende Anspruch möglicherweise nach der **Vierjahresfrist von § 45 SGB I** verjährt. Das BSG deutet an, es „*könne sich die Frage stellen, ob insoweit – Übergangsweise so lange sich die Erkenntnisse über die Tragweite der Zuständigkeitsregelung des § 14 SGB IX noch nicht durchgesetzt hatten – durch Auslegung (ggf. teleologische Reduktion) geholfen werden kann.*“

### III. Würdigung/Kritik

#### 1. Weiterentwicklung der Grundsätze zu § 14 SGB IX

Das Urteil steht in der Reihe von Entscheidungen des BSG, in denen die Verfahrensregelung aus § 14 SGB IX oft erstmalig auf komplexe Konstellationen angewandt wurde, in denen die Zuständigkeit mehrerer Rehabilitationsträger für eine umstrittene Leistung in Betracht kam (vgl. BSG, Urt. v. 25.06.2008, Az. B 11b AS 19/07 R, : *Gagel*, IQPR-Forum A Nr. 2-3/2009). Das BSG hat durch sein Beharren auf der Anwendung der Norm einen wichtigen Beitrag dazu geleistet, sie ins Bewusstsein der Leistungsberechtigten, der Rehabilitationsträger und der Sozialgerichtsbarkeit zu rufen und aus ihr ein handhabbares System zu entwickeln. Im vorliegenden Fall ging es um ein häufiges Problem aus dem Bereich des Hilfsmittelrechts: Wegen der nicht bedarfsgerechten Versorgung bei der Krankenkasse durch Festbeträge hatte der Kläger einen weiteren Antrag bei einem anderen Rehabilitationsträger gestellt. Ob er hierzu von der Krankenkasse aufgefordert wurde oder von anderer Seite entsprechend beraten war, ist nicht bekannt. Nun macht das BSG deutlich, dass es in dieser zweiten Antragstellung einen fehlerhaften Verlauf sieht: Die Krankenkasse hätte weiterleiten oder selbst umfassend entscheiden sollen, der Antragsteller hätte sich mit seinem Leistungsbegehren an die Krankenkasse halten sollen, weil diese den Antrag nicht weitergeleitet hat. Da der Senat dazu neigt, die Krankenkasse für zuständig zu halten, sucht es nach einem Weg, diese wieder ins Verfahren zu bringen, was sich schwierig gestaltet.

Eine Möglichkeit hat das BSG dabei nicht in Betracht gezogen: Nach entsprechender Sachaufklärung entscheidet der Rentenversicherungsträger über den Anspruch, ggf. nach Krankenversicherungsrecht. War die Krankenkasse „eigentlich“ zuständig, erstattet sie dem Rentenversicherungsträger seine Aufwendungen nach § 105 SGB X (vgl. BSG, Urt. v. 26.06.2007, B 1 KR 34/06; *Gagel/ Schian*, IQPR-Forum A Nr. 12/2007; BSG, Urt. v. 28.11.2007, B 11a AL 29/06 R; *Gagel*, IQPR-Forum A Nr. 8/2008). Das BSG behandelt aber den vom Kläger gestellten Antrag beim Rentenversicherungsträger nicht als Antrag auf Leistungen zur Teilhabe, der erneut die Pflichten nach § 14 SGB IX auslöst, sondern hält sich an einem ersten Antrag bei der Krankenkasse fest, von dem es nicht einmal weiß, ob er gestellt und beschieden worden ist. Fraglich ist, ob das richtig ist.

Der vom BSG gewählte Weg des unbedingten Festhaltens an den Pflichten des erstangegangenen Rehabilitationsträgers unterstellt, dass § 14 SGB IX auch an den Antragsteller adressiert ist, dem durch die Norm nicht nur der zweite Antrag erspart, sondern praktisch auch untersagt wird. In konsequenter Einhaltung der durch § 14 SGB IX begründeten Regeln soll der Antragsteller sich auch mit einem nachfolgenden Antrag auf Neuentscheidung nach § 44 SGB X an den erstangegangenen Träger halten, selbst wenn er selbst mittlerweile einen anderen Träger für zuständig hält.

Dies ist konsequent, wenn man alle am Rechtsleben Beteiligten, einschließlich der Anspruchsberechtigten, möglichst rasch dazu bringen will, das durch § 14 SGB IX begründete System anzuwenden. Es ergibt sich aber nicht zwingend aus dem Ge-

setz, denn § 14 SGB IX richtet sich als Schutzvorschrift für die Leistungsberechtigten an die Rehabilitationsträger, verbietet aber den Antragstellern nicht, sich an einen anderen Rehabilitationsträger zu wenden, wenn sie dies für richtig halten. Falsch handelt der Rehabilitationsträger, der einen Antrag ablehnt und ausführt, ein anderer Rehabilitationsträger könnte zuständig sein. Aber handelt der Bürger falsch, der die abgelehnte Leistung anderswo beantragt? Eine entsprechende Einschränkung des Rechts, durch Anträge über das Verfahren zu disponieren, ist dem Gesetz nicht zu entnehmen.

## **2. Kann § 14 SGB IX zu Anspruchsverlust durch Zeitablauf führen?**

Die Entscheidung des 13. Senats zeigt, dass ein Verständnis von § 14 SGB IX, das auch den Bürger an die Verfahrensnorm binden will, diesen in Gefahr bringt, seinen Anspruch zu verlieren. Wenn das BSG nach fast sechs Jahren Verfahrensdauer die Krankenkasse wieder ins Spiel bringen will, sind die vierjährigen Ausschlussfristen aus § 45 SGB I und § 44 Abs. 4 SGB X verstrichen. Die Ausschlussfristen sollen den Rechtsfrieden sichern und dafür sorgen, dass über Ansprüche bald abschließend entschieden ist. Doch der Bürger im vorliegenden Fall hat gemacht, was man von ihm erwarten kann: Er hat seinen Anspruch unverzüglich in der Höhe geltend gemacht, in der er meinte, ihn zu haben. Kann man ihm nun vorwerfen, dass er § 14 SGB IX hätte kennen müssen und sich deswegen an seinen erstangegangenen Träger hätte halten müssen? Das erscheint auch dem BSG unbillig, doch der von ihm angedeutete Weg einer an Sinn und Zweck orientierten (teleologischen) Reduktion von § 44 Abs. 4 SGB X gegen den Wortlaut erscheint abenteuerlich. Näher liegend wäre es, in § 14 SGB IX an dessen Sinn und Zweck orientiert keine Einschränkung der Verfahrensrechte des Bürgers zu sehen und den Antrag bei der Rentenversicherung und den dagegen gesuchten Rechtsschutz als vollwertig zu behandeln.

## **3. § 14 SGB IX ist auch anwendbar, wenn unklar ist, ob eine Leistung zur Teilhabe oder zur Krankenbehandlung erbracht wird**

Der 13. Senat meint aus der Entscheidung des 1. Senats vom 26.6.2007 (B 1 KR 36/06 R) herauszulesen, dieser sehe das Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich nach § 33 Abs. 1 SGB V nicht als Leistung zur Teilhabe an und begründet darum umständlich, warum § 14 SGB IX selbst in diesem Fall anzuwenden wäre. Es trifft zu, dass § 14 SGB IX auch in Fällen gelten muss, in denen strittig ist, ob eine Leistung zur Teilhabe erbracht wird oder zur Krankenbehandlung (ebenso: *Welti* in: HK-SGB IX, Rz 2 zu § 14; *Oberscheven*, DRV 2005, 140, 143). Für die Leistungsberechtigten ist die Einordnung der Leistungen durch Leistungsträger und Rechtsprechung nicht immer vorhersehbar.

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.