

- I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 17. Juni 2020 aufgehoben und die Klage abgewiesen.
- II. Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.
- III. Die Revision wird zugelassen.

### Tatbestand:

Streitig ist die Erstattung von Kosten für Fahrten zur Arbeitsstelle während einer stufenweisen Wiedereingliederung ins Erwerbsleben.

Der am 14.06.1977 geborene, bei der beklagten Krankenkasse versicherte und als Techniker beschäftigte Kläger war vom 06.08.2018 bis 16.12.2018 arbeitsunfähig erkrankt (Diagnosen ursprünglich ICD-10-GM L92.9, R51, später H91.9, D33.2, M54.2, J11.1, F 32.1) und bezog währenddessen Krankengeld. Rehabilitationsmaßnahmen wurden in diesem Zeitraum nicht in Anspruch genommen, lediglich Physiotherapie.

Am 22.11.2018 erstellte die behandelnde Hausärztin für den Kläger einen ärztlichen Wiedereingliederungsplan, nach dem vom 03.12.2018 bis 14.12.2018 eine stufenweise Wiedereingliederung stattfinden sollte. Dieser Plan, dem der Kläger und sein Arbeitgeber zustimmten, ging der Beklagten am 27.11.2018 zu. Mit Schreiben vom 30.11.2018 stimmte diese der stufenweisen Wiedereingliederung zu, für deren Dauer der Kläger weiter Krankengeld erhalte. Der Kläger erschien in diesem Zeitraum planmäßig an 10 Arbeitstagen an seinem Arbeitsplatz (einfache Wegstrecke vom Wohnort 20 km) und erhielt von der Beklagten bis zum 16.12.2018 (letzter Tag der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit) Krankengeld.

Den Antrag des Klägers vom 12.12.2018 auf Übernahme der Fahrtkosten während der stufenweisen Wiedereingliederung lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 14.12.2018 und bestätigendem Widerspruchsbescheid vom 21.02.2019 ab. Nach § 60 Abs. 5 Fünftes Buch

Sozialgesetzbuch (SGB V) übernehmen die Krankenkassen Fahrkosten nur im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Um eine solche Leistung handele es sich bei der stufenweisen Wiedereingliederung nach § 74 SGB V nicht.

Dagegen hat der Kläger am 28.02.2019 beim Sozialgericht (SG) Dresden Klage erhoben. Das SG Neuruppin habe mit Urteil vom 26.01.2017 – S 22 R 127/14 – unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) einen Anspruch auf Fahrkostenübernahme während einer stufenweisen Wiedereingliederung bejaht.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Die stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben stelle keine Leistung der medizinischen Rehabilitation im Sinne der §§ 40 ff. SGB V dar.

Mit Urteil vom 17.06.2020 hat das SG die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 14.12.2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.02.2019 verurteilt, dem Kläger Fahrkosten in Höhe von 85,00 € für die stufenweise Wiedereingliederungsmaßnahme zu zahlen, und die Berufung zugelassen. Der Anspruch des Klägers ergebe sich aus § 60 Abs. 5 SGB V i.V.m. § 73 Abs. 1 und 3 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX). Bei der stufenweisen Wiedereingliederung handele es sich um eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation, mit der die geltend gemachten Fahrkosten "im Zusammenhang" stünden. Die stufenweise Wiedereingliederung sei ein Vertragsverhältnis eigener Art zwischen dem noch arbeitsunfähigen Versicherten und dem Arbeitgeber, dessen rehabilitatives Ziel darin bestehe, langfristig erkrankte Versicherte wieder nachhaltig in das Berufsleben einzugliedern. Trotz der "betrieblichen Durchführung" sei die stufenweise Wiedereingliederung wegen ihres vorrangig therapeutischen Zwecks den Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zuzuordnen. Zwar werde die stufenweise Wiedereingliederung nicht ausdrücklich im Fünften Abschnitt des SGB V genannt. Dies ändere indessen nichts daran, dass es sich gleichwohl um eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation handele. Soweit das BSG in seinem späteren Urteil vom 05.02.2009 – B 13 R 27/08 R – maßgeblich auf den Zusammenhang der stufenweisen Wiedereingliederung mit einer vorangegangenen "klassischen" Rehabilitationsmaßnahme abstelle, bedeute dies nicht, dass die stufenweise Wiedereingliederung für sich allein keine medizinische Rehabilitation darstelle. Das BSG setze diesen Fokus nur, um die Zuständigkeit der einzelnen Rehabilitationsträger gegeneinander abzugrenzen. Die grundsätzliche Qualifikation als Maßnahme der medizinischen Rehabilitation

schließe es aus, die stufenweise Wiedereingliederung den in § 43 SGB V genannten, nur ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation zuzuordnen, bei denen eine Fahrkostenerstattung ausscheide. Es handele sich vielmehr um eine Hauptleistung der medizinischen Rehabilitation. Der Beklagten sei zwar zuzugeben, dass bei der stufenweisen Wiedereingliederung anders als z.B. bei anderen medizinischen Rehabilitationsleistungen kein von der Krankenkasse beauftragter Leistungserbringer konkrete Behandlungen am Versicherten durchführe. Dies sei aber Ausdruck des Leitbildwechsels von einem einrichtungszentrierten zu einem personenzentrierten Leistungsrecht in der Rehabilitation.

Hiergegen wendet sich die Beklagte mit ihrer am 21.07.2020 bei dem Sächsischen Landesozialgericht (LSG) eingelegten Berufung. Wann eine Rehabilitationsleistung vorliege, ergebe sich aus dem SGB V. Das BSG habe entschieden, dass der Rehabilitationssport nicht als Rehabilitationsmaßnahme zu werten sei, sondern als ergänzende Leistung, bei denen kein Anspruch auf Fahrkostenübernahme bestehe. Dies sei auf die stufenweise Wiedereingliederung zu übertragen. Die Entscheidung des LSG Mecklenburg-Vorpommern vom 28.05.2020 – L 6 KR 100/15 – sei auf den vorliegenden Sachverhalt nicht zu übertragen, da beim dortigen Kläger eine Behinderung anerkannt worden sei.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 17. Juni 2020 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das mit der Berufung angefochtene Urteil für zutreffend und verweist auf das Urteil des LSG Mecklenburg-Vorpommern vom 28.05.2020 – L 6 KR 100/15.

Der vom Senat beigeladene Rentenversicherungsträger hat keinen Antrag gestellt und mitgeteilt, dem Kläger bisher keine Leistungen zur Teilhabe gewährt zu haben.

Dem Senat haben die Verwaltungsakten der Beklagten vorgelegen. Hierauf und auf die in der Gerichtsakte enthaltenen Schriftsätze der Beteiligten sowie den übrigen Akteninhalt wird zur Ergänzung des Tatbestandes Bezug genommen.

### **Entscheidungsgründe:**

Der Senat konnte in Abwesenheit der ordnungsgemäß zum Termin der mündlichen Verhandlung geladenen Beigeladenen verhandeln und entscheiden (§ 153, § 110 Abs. 1 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz [SGG]).

Die zulässige, insbesondere nach ihrer Zulassung durch das SG statthafte (§ 144 Abs. 2 SGG) Berufung der Beklagten ist begründet. Zu Unrecht hat das SG die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheides vom 14.12.2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.02.2019 zur Übernahme der während der stufenweisen Wiedereingliederung entstandenen Fahrkosten in Höhe von 85,00 € verurteilt. Der vom Kläger begehrten Fahrkostenerstattung steht zwar nicht – auch nicht teilweise – deren späte Beantragung entgegen (1). Der Kläger hat aber weder nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (2) noch nach dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherung (3) Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Fahrten zur Arbeitsstelle während der vom 03.12.2018 bis 14.12.2018 dauernden stufenweisen Wiedereingliederung.

1. Der vom Kläger mit seiner Klage verfolgte Anspruch scheitert nicht – auch nicht teilweise – daran, dass er die Übernahme der Fahrkosten erst am 12.12.2018 und damit nicht vor Beginn der stufenweisen Wiedereingliederung (03.12.2018), sondern kurz vor deren Ende (14.12.2018) beantragt hat. Denn die (vorherige) Antragstellung ist keine materiell-rechtliche Voraussetzung für die Entstehung des Fahrkostenanspruchs. Die Übernahme von Fahrkosten durch einen Sozialversicherungsträger erfolgt – wie bei anderen Leistungen – grundsätzlich nur auf Antrag (§ 19 Viertes Buch Sozialgesetzbuch [SGB IV]). Der Antrag nach § 19 SGB IV ist allerdings nur im verfahrensrechtlichen Sinne zu verstehen (Hampel in: jurisPK-SGB IV, 4. Aufl., § 19 Rn. 18). D.h. ohne einen Leistungsantrag des Versicherten darf über dessen Leistungsanspruch nicht entschieden werden (Öndül in: jurisPK-SGB I,

3. Aufl., § 16 Rn. 28). Dies bedeutet indessen nicht, dass der Leistungsantrag keinerlei materiell-rechtliche Bedeutung haben kann. Vielmehr kann er eine Doppelfunktion als Verfahrenshandlung und als materiell-rechtliche Voraussetzung haben. Inwieweit die für das Verfahren notwendige Antragstellung zu den materiellen Anspruchsvoraussetzungen gehört, ist im Wege der Auslegung der jeweiligen Leistungsnorm zu ermitteln (BSG, Urteil vom 28.05.2019 – B 1 A 1/18 R – juris Rn. 17). Die Auslegung des § 60 SGB V ergibt, dass der Antrag nur bei Fahrkosten im Zusammenhang mit einer ambulanten Behandlung materiell-rechtliche Bedeutung hat. Denn diese Fahrkosten werden nach der Sonderregelung in § 60 Abs. 1 Sätze 3 und 4 SGB V nur nach vorheriger Genehmigung der Krankenkasse übernommen. Dazu hat das BSG entschieden: Hat ein Versicherter vor Beginn einer ambulanten Behandlung bei seiner Krankenkasse die Übernahme der entstehenden Fahrkosten beantragt, darf ihm das Fehlen der vorherigen Genehmigung nicht entgegengehalten werden, soweit und solange die Krankenkasse die Übernahme der Kosten zu Unrecht ablehnt (BSG, Urteil vom 13.12.2016 – B 1 KR 2/16 R – juris Rn. 11; Urteil vom 18.11.2014 – B 1 KR 8/13 R – juris Rn. 14). Damit ist Anspruchsvoraussetzung nicht die vorherige Genehmigung, wohl aber der rechtzeitige Genehmigungsantrag, wobei dieser nicht vor jeder einzelnen Fahrt gestellt werden muss, sondern für alle im Rahmen einer konkreten Behandlungsmaßnahme notwendigen Fahrten gestellt werden kann (BSG, Urteil vom 28.07.2008 – B 1 KR 27/07 R – juris Rn. 22). Da die Sonderregelung in § 60 Abs. 1 Sätze 3 und 4 SGB V indes für alle anderen Fahrkostenansprüche – und damit auch für die hier allein in Betracht kommenden nach § 60 Abs. 5 SGB V und § 73 SGB IX – nicht gilt, hat bei ihnen der Antrag keine materiell-rechtliche, sondern nur verfahrensrechtliche Bedeutung.

2. Nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung kann der Kläger die Erstattung der Kosten für die Fahrten zur Arbeitsstelle während der stufenweisen Wiedereingliederung nicht beanspruchen.

a) Als Anspruchsgrundlage kommt insoweit allein § 60 SGB V in Betracht. Diese Vorschrift regelt die krankenversicherungsrechtlichen Ansprüche auf Übernahme von Fahrkosten abschließend (BSG, Urteil vom 13.12.2016 – B 1 KR 2/16 R – juris Rn. 9; Urteil vom 18.11.2014 – B 1 KR 8/13 R – juris Rn. 12; Urteil vom 28.07.2008 – B 1 KR 27/07 R – juris Rn. 14; Urteil vom 02.11.2007 – B 1 KR 4/07 R – juris Rn. 12). Dies gilt auch für Reisekosten im Zusammenhang mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation, die nach § 60 Abs. 5 beansprucht werden können. Für diese scheidet § 11 Abs. 2 SGB V i.V.m. §§ 7, 44, 64 Abs. 1 Nr. 5, § 73 Abs. 4 SGB IX von vornherein als Anspruchsgrundlage aus (anderer

Ansicht LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil vom 28.05.2020 – L 6 KR 100/15 – juris Rn. 58 ff.). Denn § 11 Abs. 2 SGB V hat nur den Charakter einer Einweisungsvorschrift; der darin benannte Anspruch auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation wird erst in den §§ 27 ff. zu Leistungsansprüchen verdichtet (Becker/Kingreen in: dies., SGB V, 8. Aufl., § 11 Rn. 3). Anspruchsgrundlage für Reisekosten im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist daher allein § 60 Abs. 5 SGB V. Dieser Anspruch ist weiter als derjenige nach § 60 Abs. 1 und 2 SGB V für andere Fahrten, weil sich sein Umfang nach § 73 Abs. 1 und 3 SGB IX richtet und er damit neben den Fahrkosten auch Verpflegungs- und Übernachtungskosten sowie bestimmte behinderungsbedingt (§ 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 bis 4 SGB IX) notwendige Kosten umfasst. Der Anspruchsumfang bestimmt sich allerdings nicht vollständig nach § 73 SGB IX. Da § 60 Abs. 5 Satz 1 SGB V ausschließlich auf § 73 Abs. 1 und 3 SGB IX verweist, ist die Anwendung des § 73 Abs. 4 SGB IX mit der dort vorgesehenen Fahrkostenpauschale ausgeschlossen; stattdessen werden auch im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Fahrkosten nur in der sich aus § 60 Abs. 3 SGB V ergebenden Höhe übernommen (Nolte in: Kasseler Kommentar Sozialversicherung, § 60 SGB V Rn. 24d).

b) Ein Anspruch auf Übernahme von Fahrkosten nach § 60 Abs. 5 SGB V setzt voraus, dass diese Reisekosten im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entstanden sind. Grundsätzlich gehören Maßnahmen und Leistungen, die nicht durch medizinische Erfordernisse der Krankheitserkennung oder -behandlung veranlasst sind, nicht zum Gegenstand der gesetzlichen Krankenversicherung. Als eine Ausnahme regelt das Gesetz in § 60 SGB V die Gewährung von Fahrkosten als akzessorischer Nebenleistung zur Krankenbehandlung. Der Gesetzgeber hat den Umfang dieses Anspruchs seit Einführung des SGB V deutlich eingeschränkt, weil es nicht um eine Kernleistung der gesetzlichen Krankenversicherung geht (BSG, Urteil vom 08.09.2015 – B 1 KR 27/14 R – juris Rn. 14). Als akzessorische Nebenleistung setzt die Fahrkostenübernahme das Bestehen eines Hauptleistungsanspruchs voraus und teilt dessen rechtliches Schicksal (Kingreen in: Becker/Kingreen, SGB V, 8. Aufl., § 60 Rn. 6). Der Hauptleistungsanspruch muss dem Versicherten gegen seine Krankenkasse zustehen. § 60 Abs. 5 SGB V setzt daher voraus, dass der Versicherte eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch nimmt, die ihm von seiner Krankenkasse gewährt wird. Es genügt nicht die Inanspruchnahme von Leistungen anderer Rehabilitationsträger oder von Vergünstigungen sonstiger Stellen oder Personen, selbst wenn diese rehabilitativen Charakter haben.

c) Ein Anspruch auf Erstattung der Fahrkosten nach § 60 Abs. 5 SGB V scheidet aus, weil die vom Kläger wahrgenommene stufenweise Wiedereingliederung keine medizinische Rehabilitationsleistung der gesetzlichen Krankenversicherung war.

Wann eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Sinne des § 60 Abs. 5 SGB V vorliegt, bestimmt sich allein nach dem Krankenversicherungsrecht und dort nach § 40 SGB V (BSG Urteil vom 22.04.2009 – B 3 KR 5/08 R – juris Rn. 27; Urteil vom 22.04.2008 – B 1 KR 22/07 R – juris Rn. 30). Maßgeblich ist dagegen nicht, was das SGB IX in den §§ 42 ff. SGB IX zu den medizinischen Rehabilitationsleistungen zählt. Denn die Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung besteht auch nach Inkrafttreten des SGB IX allein in der medizinischen Rehabilitation nach Maßgabe des SGB V (BSG, Urteil vom 26.06.2007 – B 1 KR 36/06 R – juris Rn. 17). Das SGB IX regelt zwar Gegenstände, Umfang und Ausführungen von Leistungen. Ob der einzelne Leistungsträger allerdings für alle unter dem Aspekt medizinischer Rehabilitation in Betracht kommenden Einzelleistungen aufzukommen hat, richtet sich danach, ob der Träger für die betroffene Maßnahme als Ganzes zuständig ist. Hinsichtlich der Zuständigkeit und der Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe verweist § 7 Abs. 1 SGB IX nach wie vor auf die für den jeweiligen Rehabilitationssträger geltenden Leistungsgesetze, während die Vorschriften des SGB IX nur maßgebend sind, soweit etwa im SGB V nichts Abweichendes vorgesehen ist. Anders als § 15 Abs. 1 Satz 1 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) verweist das SGB V für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht pauschal auf die §§ 42 ff. SGB IX. Vielmehr sind die Krankenkassen nach den Vorschriften des SGB V zur Erbringung medizinischer Rehabilitationsleistungen nur unter den dort genannten Voraussetzungen verpflichtet (BSG, Urteil vom 07.05.2013 – B 1 KR 53/12 R – juris Rn. 23; Urteil vom 26.06.2007 – B 1 KR 36/06 R – juris Rn. 18). Hinzu kommt, dass der Katalog der Krankenbehandlungsmaßnahmen nach § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V weitgehend mit dem Katalog der medizinischen Rehabilitationsleistungen nach § 42 Abs. 2 SGB IX deckungsgleich ist. Obwohl das Ziel der (Wieder-)Herstellung der Gesundheit (vgl. § 1 Satz 1 SGB V) den Zielen von Teilhabeleistungen gleicht (vgl. § 4 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX), haben aber nicht alle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung rehabilitativen Charakter. Vielmehr dient der Großteil der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung der kurativen Behandlung von Krankheiten und unterfällt daher nicht dem SGB IX (vgl. BSG, Urteil vom 08.03.2016 – B 1 KR 25/15 R – juris Rn. 12 ff.). Der deshalb im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung engere Begriff der Leistung zur medizinischen Rehabilitation bestimmt sich nach § 40 SGB V. Hierzu gehören auch Maßnahmen der erweiterten ambulanten Physiotherapie (BSG, Urteil

17.02.2010 – B 1 KR 23/09 R – juris Rn. 23 ff.) sowie der Belastungserprobung und Arbeitstherapie im Sinne des § 42 SGB V (BSG, Urteil vom 13.09.2011 – B 1 KR 25/10 R – juris Rn. 28). Nicht davon erfasst sind dagegen ergänzende Leistungen zur Rehabilitation im Sinne des § 43 SGB V, bei denen daher auch kein Anspruch auf Übernahme der Fahrkosten nach § 60 Abs. 5 SGB V besteht (BSG, Urteil vom 22.04.2008 – B 1 KR 22/07 R – juris Rn. 30; Urteil vom 22.04.2009 – B 3 KR 5/08 R – juris Rn. 27).

Im SGB V ist die stufenweise Wiedereingliederung nicht als Leistung zur medizinischen Rehabilitation ausgestaltet. Eine Regelung hat die stufenweise Wiedereingliederung nicht im Leistungsrecht, sondern im Vertragsarztrecht gefunden, nämlich in § 74 SGB V. Dort sind nur besondere Prüfungs- und Feststellungspflichten des Vertragsarztes zu Art und Umfang trotz bestehender Arbeitsunfähigkeit möglicher Erwerbstätigkeiten geregelt, deren Verrichtung prognostisch die Möglichkeiten einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben verbessert. Die auf dieser Feststellung beruhenden Rechtsverhältnisse gestaltet § 74 SGB V nicht aus (Berchtold in: Berchtold/Huster/Rehborn, Gesundheitsrecht, 2. Aufl., § 74 SGB V Rn. 2). Vor allem räumt § 74 SGB V dem Versicherten keinen Anspruch auf eine von der Krankenkasse zu erbringende (Sach-)Leistung "stufenweise Wiedereingliederung" ein. Die zentralen Akteure der stufenweisen Wiedereingliederung sind vielmehr der versicherte Arbeitnehmer und sein Arbeitgeber. Konstitutiv für das Wiedereingliederungsverhältnis ist eine Vereinbarung zwischen diesen beiden über die stufenweise Wiederaufnahme der Tätigkeit (Sichert in: Becker/Kingreen, SGB V, 8. Aufl., § 74 Rn. 17 f.). Anders als das Arbeitsverhältnis ist das Wiedereingliederungsverhältnis nicht durch den Austausch von Leistung und Gegenleistung gekennzeichnet, sondern durch den Rehabilitationszweck (zu diesem Nebe, SGB 2015, 125, 126). Die Tätigkeit des Arbeitnehmers ist auf die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit und nicht auf die Erfüllung der arbeitsvertraglich geschuldeten Arbeitsleistung gerichtet. Arbeitgeber und Arbeitnehmer sind, weil die Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers andauert, während des Wiedereingliederungsverhältnisses weiterhin von den Hauptleistungspflichten des Arbeitsverhältnisses befreit (Oppermann in: Hauck/Noftz, § 44 SGB IX Rn. 27). Da dies auch den Vergütungsanspruch des arbeitsunfähigen Arbeitnehmers betrifft, besteht die Leistung der Krankenkasse bei der stufenweisen Wiedereingliederung vor allem in dessen sozialer Absicherung durch Gewährung von Krankengeld (Wendtland in: BeckOK SozR, § 74 SGB V Rn. 2; Jabben in: BeckOK SozR, § 44 SGB IX Rn. 8). Die stufenweise Wiedereingliederung ist damit nicht nur formal aufgrund ihres Regelungsortes im SGB V keine medizinische Rehabilitationsleistung der Krankenkasse, sondern auch materiell, weil sie von der Krankenkasse nicht selbst erbracht, sondern



nur unterstützt wird. Soweit dem entgegen gehalten wird, im Zuge des Leitbildwechsels von einem einrichtungszentrierten zu einem personenzentrierten Leistungsrechts könne es auf die Verankerung der stufenweisen Wiedereingliederung in den betrieblichen Beziehungen nicht entscheidend ankommen (Nebe, SGB 2015, 125, 133), wird übersehen, dass das Recht des Sozialgesetzbuchs unter Sozialleistungen nach wie vor allein Zuwendungen öffentlicher Träger versteht, nicht dagegen sozial motivierte Leistungen Privater.

Die stufenweise Wiedereingliederung ist nicht mit der Belastungserprobung und Arbeitstherapie (§ 42 SGB V) vergleichbar, die eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist (BSG, Urteil vom 13.09.2011 – B 1 KR 25/10 R – juris Rn. 28). Denn während die Belastungserprobung dazu dient, die Belastungs- und Leistungsfähigkeit des Versicherten festzustellen, setzt die stufenweise Wiedereingliederung voraus, dass eine ausreichende Belastbarkeit bereits festgestellt worden ist (Nellissen in: jurisPK-SGB IX, 3. Aufl., § 44 Rn. 26). Und im Gegensatz zur stufenweisen Wiedereingliederung verfolgt die Arbeitstherapie in erster Linie einen medizinischen Zweck; sie nutzt den Erwerb und die Verbesserung von Grundarbeitsfähigkeiten, um Krankheiten in einem umfassenden Sinne zu behandeln (BSG, Urteil vom 13.09.2011 – B 1 KR 25/10 R – juris Rn. 21), weshalb sie in der Regel in stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt wird (Waßer in: jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 42 Rn. 15).

Richtigerweise gibt nicht nur § 74 SGB V, sondern auch § 44 SGB IX keinen Anhalt dafür, dass die stufenweise Wiedereingliederung für sich allein eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist (in diese Richtung auch Nellissen in: jurisPK-SGB IX, 3. Aufl., § 44 Rn. 8 und 19; anders dagegen Luik in: Dau/Düwell/Joussen/Luik, SGB IX, 6. Aufl., § 44 Rn. 7). Das SGB IX hat die stufenweise Wiedereingliederung nicht in den – nicht abschließenden – Leistungskatalog des § 42 Abs. 2 SGB IX aufgenommen, sondern ihr in § 44 SGB IX eine eigene Vorschrift gewidmet. Danach sind alle Träger einer medizinischen Rehabilitation verpflichtet, die medizinischen und die sie ergänzenden Leistungen so zu erbringen, dass sie eine in Betracht kommende stufenweise Wiedereingliederung arbeitsunfähiger Leistungsberechtigter unterstützen. Die stufenweise Wiedereingliederung steht nach § 44 SGB IX immer in einem Zusammenhang mit einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Sinne des § 42 SGB IX. Dies folgt unmittelbar aus dem Wortlaut des § 44 SGB IX. Mit der Formulierung, die medizinischen und die sie ergänzenden Leistungen sollen mit der Zielsetzung einer Unterstützung der stufenweisen Wiedereingliederung erbracht werden,

stellt der Gesetzgeber klar, dass die stufenweise Wiedereingliederung Teil einer medizinischen Rehabilitation nur ist, wenn sie im Kontext mit dieser erfolgt; eine isolierte stufenweise Wiedereingliederung ist dagegen nicht Bestandteil der medizinischen Rehabilitation (Nellissen in: jurisPK-SGB IX, 3. Aufl., § 44 Rn. 19).

Zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation kann die stufenweise Wiedereingliederung nur dann zählen, wenn sie mit einer eigentlichen medizinischen Rehabilitationsleistung in einem so engen Zusammenhang steht, dass sie als ein auf das Rehabilitationsziel zu beziehender Bestandteil einer in der Zusammenschau einheitlichen (Gesamt-)Maßnahme gewertet werden kann (BSG, Urteil vom 29.01.2008 – B 5a/5 R 26/07 R – juris Rn. 27 f.; Urteil vom 05.02.2009 – B 13 R 27/08 R – juris Rn. 20 f.; Urteil vom 20.10.2009 – B 5 R 44/08 R – juris Rn. 34). Dies hat das BSG zwar zur Abgrenzung der Zuständigkeiten von Kranken- und Rentenversicherungsträgern entschieden, beansprucht aber auch für die Leistungsansprüche der Versicherten Geltung. Danach ist – der gesetzlichen Wertung in § 44 SGB IX entsprechend – die stufenweise Wiedereingliederung leistungsrechtlich nicht für sich allein Bestandteil der medizinischen Rehabilitation, sondern nur, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation erfolgt. Soweit das BSG in der stufenweisen Wiedereingliederung eine "Hauptleistung" erblickt hat (Urteil vom 20.10.2009 – B 5 R 44/08 R – juris Rn. 38), folgt daraus nichts anderes. Denn damit hat das BSG nur begründet, warum die stufenweise Wiedereingliederung von Nebenleistungen wie dem Übergangsgeld (§ 20 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI) begleitet werden kann. Nicht aufgegeben, sondern vielmehr daran festgehalten hat das BSG, dass sich die stufenweise Wiedereingliederung als Bestandteil einer einheitlichen (Gesamt-)Maßnahme darstellen muss (Urteil vom 20.10.2009 – B 5 R 44/08 R – juris Rn. 34).

Werden diese für die gesetzliche Rentenversicherung entwickelten Maßstäbe auf die gesetzliche Krankenversicherung übertragen, so kann im vorliegenden Fall die stufenweise Wiedereingliederung gleichwohl nicht zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gezählt werden. Denn die vom 03.12.2018 bis 14.12.2018 durchgeführte stufenweise Wiedereingliederung fand nicht im Anschluss an eine von der Beklagten nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung gewährte Leistung zur medizinischen Rehabilitation statt. Dies auch deshalb, weil eine Gewährung von ambulanten oder stationären medizinischen Rehabilitationsleistungen nach § 40 Abs. 1 und 2 SGB V durch die Beklagte wegen deren nachrangiger Zuständigkeit (§ 40 Abs. 4 SGB V) beim Kläger ohnehin nicht in Betracht gekommen ist.

3. Auch nach dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherung hat der Kläger keinen Anspruch auf die Erstattung der Kosten für die Fahrten zur Arbeitsstelle während der stufenweisen Wiedereingliederung. Denn eine stufenweise Wiedereingliederung (§ 44 SGB IX) kann nur dann Leistungsansprüche nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI (Übergangsgeld) oder nach § 28 Abs. 1 SGB VI i.V.m. § 73 SGB IX (Fahrkosten) auslösen, wenn diese im Anschluss an eine nach dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherung gewährte medizinische Rehabilitationsmaßnahme erforderlich ist, um den Erfolg dieser Maßnahme zu festigen oder erst herbeizuführen, und sich damit als Bestandteil einer in der Zusammenschau einheitlichen (Gesamt-)Maßnahme darstellt (BSG, Urteil vom 20.10.2009 – B 5 R 44/08 R – juris Rn. 34; Urteil vom 05.02.2009 – B 13 R 27/08 R – juris Rn. 20 f. Urteil vom 29.01.2008 – B 5a/5 R 26/07 R – juris Rn. 27 f.). Weil dem Kläger vom Rentenversicherungsträger noch nie Leistungen zur Teilhabe gewährt worden waren, fehlt im vorliegenden Fall bereits der notwendige unmittelbare Zusammenhang der stufenweisen Wiedereingliederung mit einer vorher tatsächlich in Anspruch genommenen oder zumindest bewilligten medizinischen Rehabilitationsleistung auf der Grundlage der Vorschriften des SGB VI. Insofern kommt daher weder eine Verurteilung der Beklagten auf der Grundlage des § 14 SGB IX noch der Beigeladenen auf der Grundlage des § 75 Abs. 5 SGG in Betracht.

4. Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 Abs. 1 und 4 SGG.

5. Der Senat hat die Revision wird wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zugelassen (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG).

## Rechtsmittelbelehrung und Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

### I. Rechtsmittelbelehrung

Diese Entscheidung kann mit der Revision angefochten werden.

Die Revision ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb **eines Monats** nach Zustellung der Entscheidung schriftlich oder in elektronischer Form beim Bundessozialgericht einzulegen. Rechtsanwälte, Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse müssen die Revision als elektronisches Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 Sozialgerichtsgesetz - SGG). Die Revision muss bis zum Ablauf der Monatsfrist beim Bundessozialgericht eingegangen sein und die angefochtene Entscheidung bezeichnen.

Anschriften des Bundessozialgerichts:

bei Brief und Postkarte  
34114 Kassel

bei Eilbrief, Telegramm, Paket und Päckchen  
Graf-Bernadotte-Platz 5  
34119 Kassel

Telefax-Nummer:  
0561 - 3107475

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist oder
- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 65a Abs. 4 SGG eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Informationen hierzu können über das Internetportal des Bundessozialgerichts ([www.bsg.bund.de](http://www.bsg.bund.de)) abgerufen werden.

Als Prozessbevollmächtigte sind nur zugelassen

1. Rechtsanwälte,
2. Rechtslehrer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, die die Befähigung zum Richteramt besitzen,
3. selbständige Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung für ihre Mitglieder,
4. berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft für ihre Mitglieder,
5. Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände für ihre Mitglieder oder für andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder,
6. Vereinigungen, deren satzungsgemäße Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder der behinderten Menschen wesentlich umfassen und die unter Berücksichtigung von Art und Umfang ihrer Tätigkeit sowie ihres Mitgliederkreises die Gewähr für eine sachkundige Prozessvertretung bieten, für ihre Mitglieder,
7. juristische Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der in den Nrn. 3 bis 6 bezeichneten Organisationen stehen, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ihrer Mitglieder oder anderer

Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt, und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet.

Die Organisationen zu Nrn. 3 bis 7 müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln.

Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen. Ein Beteiligter, der nach Maßgabe der Nrn. 1 bis 7 zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten.

Die Revision ist innerhalb von **zwei Monaten** nach Zustellung der Entscheidung von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten schriftlich oder in elektronischer Form zu begründen. Rechtsanwälte, Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse müssen die Begründung als elektronisches Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 SGG). Die Begründung muss einen bestimmten Antrag enthalten, die verletzte Rechtsnorm und, soweit Verfahrensmängel gerügt werden, die Tatsachen bezeichnen, die den Mangel ergeben.

Die Revision kann nur darauf gestützt werden, dass die angefochtene Entscheidung auf der Verletzung einer Vorschrift des Bundesrechts oder einer sonstigen im Bezirk des Berufungsgerichts geltenden Vorschrift beruht, deren Geltungsbereich sich über den Bezirk des Berufungsgerichts hinaus erstreckt.

## II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

Für die Revision vor dem Bundessozialgericht kann ein Beteiligter Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht schriftlich oder in elektronischer Form einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären. Rechtsanwälte, Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse müssen den Antrag als elektronisches Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 SGG).

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen; **hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen**. Der Vordruck ist kostenfrei bei allen deutschen Gerichten erhältlich. Er kann auch über das Internetportal des Bundessozialgerichts ([www.bsg.bund.de](http://www.bsg.bund.de)) heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs ist der Vordruck in Papierform auszufüllen, zu unterzeichnen, einzuscannen, qualifiziert zu signieren und dann in das elektronische Gerichtspostfach des Bundessozialgerichts zu übermitteln.

Wird Prozesskostenhilfe bereits für die Einlegung der Revision begehrt, so müssen der Antrag und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse nebst den Belegen innerhalb der Frist für die Einlegung der Revision beim Bundessozialgericht eingegangen sein.

Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Rechtsanwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

### III. Ergänzende Hinweise

Der Revisionsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden. Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um zwei weitere Abschriften. Dies gilt nicht im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs.

Dr. Wahl

Fischer

Busse

Für die Richtigkeit der Abschrift:  
Sächsisches Landessozialgericht  
Chemnitz, den 20.02.2023

Decker  
Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

