

Landessozialgericht Berlin-Brandenburg

Az.: L 21 U 180/21
Az.: S 2 U 62/19
Sozialgericht Potsdam



verkündet am:
11. Januar 2024

Heinel
Justizbeschäftigte als
Urkundsbeamtin der
Geschäftsstelle

Im Namen des Volkes

Urteil

In dem Rechtsstreit

M.

- Klägerin und Berufungsklägerin -

Prozessbevollmächtigter:
Rechtsanwalt E.

gegen

Verwaltungs-Berufsgenossenschaft
Bezirksverwaltung Berlin
Markgrafenstraße 18, 10969 Berlin

- Beklagte und Berufungsbeklagte -

hat der 21. Senat des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg auf die mündliche Verhandlung vom 11. Januar 2024 durch den Vorsitzenden Richter am Landessozialgericht Dr. Hintz, Richterin am Landessozialgericht Dr. Werner, Richter am Landessozialgericht Dr. Gädeke sowie den ehrenamtlichen Richter Möller und den ehrenamtlichen Richter Henschel für Recht erkannt:

Die Berufung wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand

Zwischen den Beteiligten ist die Anerkennung eines Arbeitsunfalls streitig.

Die 1962 geborene Klägerin, die zuletzt als Bürokauffrau in Teilzeit sechs Stunden täglich tätig war, absolvierte im Zeitraum vom 24. April 2018 bis zum 19. Mai 2018 auf ihren Antrag hin eine stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlung zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung (DRV) in der orthopädischen Abteilung der Rehabilitationsklinik H. Am 15. Mai 2018 bekam sie im Rahmen einer Faszientherapie ein behandlungsbedürftiges Hämatom im unteren Rückenbereich, weshalb sie ausweislich des ärztlichen Entlassungsberichts der Rehaklinik dort kurzfristig arbeitsunfähig entlassen wurde und sich in ambulante hausärztliche Behandlung begab.

Unter dem 16. Mai 2018 leitete die Reha-Klinik Leistungen zur intensivierten Rehabilitationsnachsorge (IRENA) ein. In dem Antrag auf Einleitung der IRENA empfahl die Rehaklinik als Übungsschwerpunkte - unter anderen möglichen - „Sport- und Bewegungstherapie“ sowie „MTT“ und „Bewegungsbad“ - dagegen nicht die auch möglichen Bereiche „Physiotherapie“ bzw. „Ergotherapie“. Es sollten 24 Termine über die Dauer von sechs Monaten absolviert werden. In diesem Zusammenhang unterzeichnete die Klägerin am selben Tag eine mit „IRENA intensivierte Rehabilitationsnachsorge“ überschriebene Erklärung, in der es auszugsweise heißt: „Die Rehabilitationseinrichtung empfiehlt eine intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA) in einer dafür anerkannten Nachsorgeeinrichtung. Eine Ausfertigung der erfolgten Einleitung der IRENA sowie das Informationsblatt der Deutschen Rentenversicherung habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich beabsichtige, die IRENA-Leistungen in Anspruch zu nehmen.“ In dem hiernach an die Klägerin ausgehändigten Informationsblatt heißt es unter „Ziel der IRENA“: „Das Ziel der empfohlenen IRENA besteht in der Stabilisierung der während der medizinischen Rehabilitationsleistung erreichten Rehabilitationsziele.“ Unter „Zielgruppe des Nachsorgeprogramms IRENA“ heißt es weiter: „Das IRENA - Programm kann von Ihnen in Anspruch genommen werden, wenn Sie zuvor eine stationäre oder ganztägig ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation von der Deutschen Rentenversicherung in Anspruch genommen haben.“

Am 11. Juli 2018 trat die Klägerin im O. Reha-Zentrum die IRENA an. Am Abend des 16. Oktober 2018 wurde die Klägerin nach der Beendigung des von 17:30 Uhr bis 19:00 Uhr betriebenen IRENA-Sports beim Verlassen des Geländes des O. Reha-Zentrum kurz nach 19:00 Uhr beim Betreten des Gehweges von einer von rechts kommenden Radfahlerin angefahren und stürzte. Sie erlitt Prellungen der Lendenwirbelsäule, des rechten Knies und des rechten Unterschenkels (Durchgangsarztbericht vom 24. Oktober 2018, Dr. D.). In dem am selben Tag durch die Klägerin ausgefüllten Fragebogen zum Kostenträger und der Art der Maßnahme gab die Klägerin als Kostenträger die DRV an und kreuzte bei Art der Maßnahme das Feld „sonstige Maßnahme“ an, welches sie mit „IRENA Nachsorge“ konkretisierte.

Mit Schreiben vom 31. Oktober 2018 bat die Beklagte den behandelnden Durchgangsarzt, ab sofort keine Behandlung mehr zu ihren Lasten durchzuführen, da kein Arbeitsunfall vorliege. Zur Begründung führte sie aus, die Klägerin habe zum Unfallzeitpunkt nicht zum Kreis der versicherten Personen gehört.

Mit anwaltlichem Schreiben vom 13. Dezember 2018 beantragte die Klägerin festzustellen, dass es sich bei dem Ereignis vom 16. Oktober 2018 um einen Unfall im Sinne des Sozialgesetzbuchs Siebtes Buch (SGB VII) gehandelt habe. Zur Begründung verwies sie auf § 2 Abs. 1 Nr. 15a SGB VII, wonach unter anderem Personen gesetzlich versichert seien, die auf Kosten eines Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung stationäre oder ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten würden.

Mit Schreiben ohne Rechtsbehelfsbelehrung vom 20. Dezember 2018 verwies die Beklagte gegenüber der Klägerin darauf, dass intensivierete Rehabilitations-Nachsorgeleistungen (IRENA) grundsätzlich nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation als „sonstige Leistung“ auf Grundlage von § 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB VI erbracht würden. Es handele sich bei den im Wesentlichen sport- und bewegungstherapeutischen Maßnahmen um nachgehende Leistungen zur Sicherung des Erfolgs der Leistungen zur Teilhabe und somit nicht um eine ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 15a SGB VII. Versicherungsschutz nach dieser Vorschrift komme daher in solchen Fallgestaltungen nicht in Betracht.

Am 25. Februar 2019 legte die Klägerin hiergegen Widerspruch ein. Die intensive Rehabilitationsnachsorge stehe in engem Zusammenhang zur Hauptleistung, sodass von einer einheitlichen Rehabilitationsleistung ausgegangen werden müsse. Bei der IRENA handele sich um ein von der Rentenversicherung entwickeltes Konzept, bei dem der Versicherte in den Leistungsablauf eingebunden sei. Er sei auch schutzbedürftig, da er seine Häuslichkeit in einem noch nicht gesunden Zustand zur Erreichung und Sicherung des Rehabilitationsziels verlassen müsse.

Mit Widerspruchsbescheid vom 15. Mai 2019 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Bei der von der DRV bewilligten intensivierten Rehabilitationsnachsorge handele es sich nicht um eine komplexe und ganzheitlich orientierte medizinische Rehabilitationsleistung. Intensivierte Rehabilitations-Nachsorgeleistungen - IRENA - würden nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation erbracht. Sie seien nicht als integrierter Bestandteil der Hauptleistung (stationäre Rehabilitation) anzusehen. Bei den im Wesentlichen sport- und bewegungstherapeutischen Maßnahmen handele es sich um nachgehende Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges, die in der Regel nur einmal wöchentlich stattfänden. Im Fall der Klägerin seien Leistungen zur intensivierten Rehabilitationsnachsorge für 24 Termine für die Dauer von sechs Monaten genehmigt worden.

Hiergegen hat die Klägerin am 14. Juni 2019 Klage zum Sozialgericht (SG) Potsdam erhoben. Die gesetzlichen Regelungen würden zeigen, dass der Gesetzgeber ein einheitliches rehabilitatives Gefüge wolle. Es liege im Fall der Klägerin ein enger Zusammenhang mit der ursprünglichen Reha-Maßnahme vor, die nicht erfolgreich verlaufen sei. Auch inhaltlich würden sich die Maßnahmen, die die Klägerin in der Rehabilitationsklinik absolviert habe, kaum von denjenigen im Rahmen der IRENA-Maßnahme unterscheiden. Durch das Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 30. April 2020, Az.: L 10 U 1168/17, sehe sie sich in ihrer Rechtsauffassung bestätigt.

Die Klägerin hat beantragt,

unter Aufhebung des Bescheides der Beklagten vom 20. Dezember 2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Mai 2019 festzustellen, dass es sich bei dem Ereignis am 16. Oktober 2018 um einen Arbeitsunfall handelt.

Die Beklagte hat beantragt,
die Klage abzuweisen.

Zur Vertiefung ihrer Begründung hat sie Wortlaut und Gesetzessystematik angeführt, wonach zwischen medizinischen Rehabilitationsleistungen und Nachsorge unterschieden werde. Zudem hat sie darauf verwiesen, dass als eine ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 15a SGB VII die Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP) anerkannt sei, deren zeitlicher Aufwand von ca. vier Stunden (täglich) sich deutlich von dem zeitlichen Aufwand einer IRENA-Maßnahme, der bei ca. einer bis anderthalb Stunden liege, unterscheide.

Mit Urteil vom 25. August 2021 hat das SG die Klage abgewiesen. Die zulässige Klage sei unbegründet. Zutreffend habe es die Beklagte abgelehnt, das Ereignis vom 16. Oktober 2018 als Arbeitsunfall anzuerkennen. Zwar habe sich die Klägerin im Unfallzeitpunkt auf dem Rückweg von einer Maßnahme, deren Kostenträger die gesetzliche Rentenversicherung (DRV Berlin-Brandenburg) war, befunden. Es habe sich aber bei der in den vorhandenen Dokumenten ausschließlich als „Intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA)“ bezeichneten Maßnahme weder um eine stationäre oder teilstationäre Behandlung noch um eine stationäre, teilstationäre oder ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation i.S.d. § 2 Abs. 1 Nr. 15a SGB VII gehandelt. Mit den Begriffen „stationär“ und „teilstationär“ werde die Aufenthaltsdauer in der Einrichtung umschrieben. Erforderlich sei hierfür ein längeres, in der Regel auch nächtliches, Verweilen. Die von der Klägerin absolvierte IRENA hätten ca. anderthalb Stunden gedauert und ein- bis zweimal wöchentlich stattgefunden. Entgegen ihrer Auffassung stelle die IRENA auch keine ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation dar. Aus der Gesetzessystematik werde für das Gericht deutlich, dass der Gesetzgeber zwischen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation - § 15 SGB VI - und Leistungen zur Nachsorge - § 17 SGB VI - differenziere. Das werde auch durch die Gesetzesentwicklung deutlich. § 17 SGB VI sei am 14. Dezember 2016 in Kraft getreten. Mit Schaffung dieser Neuregelung hat der Gesetzgeber die Bedeutung der Nachsorgeleistungen durch eine eigenständige Regelung in § 17 SGB VI gestärkt, sie aber gerade nicht in § 15 SGB VI (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) verortet. Dies ergebe sich insbesondere aus der Gesetzesbegründung zu § 17 SGB VI, wonach die Inanspruchnahme der IRENA-Leistungen gesteigert und jene von Leistungen der medizinischen

Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben verringert oder sogar vermieden werden soll. Somit werde auch in der Gesetzesbegründung bewusst zwischen den verschiedenen Leistungen differenziert. Auch das Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 30. April 2020 (L 10 U 1168/17) stütze die Rechtsposition der Klägerin nicht, da der Sachverhalt dort ein maßgeblich anderer sei. Insbesondere habe hier kein zweideutiger Bewilligungsbescheid vorgelegen, der ggf. als Leistung zur medizinischen Rehabilitation auslegungsbedürftig gewesen sei. Vielmehr sei von vornherein unzweifelhaft zwischen DRV und Klägerin eine Nachsorge und nicht die Fortsetzung der medizinischen Rehabilitation vereinbart worden.

Gegen das ihr am 7. September 2021 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 7. Oktober 2021 Berufung eingelegt. Der Sachverhalt sei richtigzustellen: Am 15. Mai 2018 sei es während der Rehabilitationsmaßnahme in der Rehaklinik H. zu einer Verletzung der Klägerin (behandlungsbedürftiges Hämatom im Rahmen einer Faszinierendtherapie) gekommen, die dazu geführt habe, dass das Rehabilitationsziel nicht erreicht werden konnte und die Rehabilitationsmaßnahme erfolglos gewesen sei. Die Klägerin sei daher aus der Reha-Maßnahme arbeitsunfähig entlassen worden. Als Kompensation für die in der Reha-Maßnahme erlittenen Schmerzen sei durch die Beklagte die Nachsorge angeboten worden. Entgegen der Ansicht des SG sei das von der Klägerin angeführte Urteil des LSG Baden-Württemberg entsprechend anwendbar. Nicht relevant sei, dass sich zwischenzeitlich die Rechtslage geändert habe. Denn sowohl § 31 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB VI a.F. als auch § 17 SGB VI gingen von einer erfolgreichen medizinischen Rehabilitation aus. Darauf habe auch das LSG Baden-Württemberg abgestellt. Dagegen habe eine echte Nachsorge das Ziel, den Erfolg einer zuvor durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen langfristig zu sichern und zu stabilisieren. Vom SG Potsdam sei nicht ermittelt worden, ob die Rehabilitationsmaßnahme der Klägerin in H. erfolgreich gewesen sei. Zumindest der Entlassungsbericht lasse vermuten, dass es keinen erfolgreichen Abschluss der Reha-Maßnahme gegeben habe. Denn es werde mitgeteilt, dass wegen eines Unfalls vom 15. Mai 2018 die Klägerin kurzfristig arbeitsunfähig entlassen worden sei. Tatsächlich habe sich nach einer Faszientherapie ein oberflächliches Hämatom im linken Glutealbereich entwickelt, wodurch die Klägerin schmerzgeplagt und arbeitsunfähig gewesen sei. Die im O. durchgeführten Maßnahmen seien typische Rehabilitationsleistungen gewesen. Dass ein solches Programm wesentlich weniger Zeit und Therapieumfang erfasse,

liege in der Natur der Sache und sei kein Indiz dafür, dass es sich bei der Maßnahme nicht um eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme gehandelt haben könnte. Mit dem neuen § 17 SGB VI zeige der Gesetzgeber, dass es sich bei der Nachsorge um einen integrierten Teilbereich eines ganzheitlichen Rehabilitationskonzeptes handele. Es sei gerade nicht ersichtlich, dass der Gesetzgeber diesen Bereich der ambulanten Nachsorge aus dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung herausnehmen wollte. Dazu bestehe dem Grunde nach auch keine Veranlassung. Die Notwendigkeit des Versicherungsschutzes ergebe sich daraus, dass ein Mitglied der Sozialversicherung seine Leistungsfähigkeit aufrecht erhalte. Die Teilnahme an einer solchen Leistung werde dem Versicherten regelmäßig durch den Sozialversicherungsträger vorgeschlagen, um dessen Arbeitskraft zu erhalten. Auch die Auswahl der IRENA-Einrichtung stehe dem Versicherten nicht so frei, wie z. B. die Auswahl eines Physiotherapeuten. Anders als bei Besuchen des allgemeinen Arztes handele es sich nicht um ein eigenwirtschaftliches Anliegen, sondern um ein fremdbestimmtes Verhalten. Die Einbeziehung in den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung sei insoweit angemessen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 25. August 2021 sowie den Bescheid der Beklagten vom 20. Dezember 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Mai 2019 aufzuheben und festzustellen, dass es sich bei dem Ereignis vom 16. Oktober 2018 um einen Arbeitsunfall handelt.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist auf das aus ihrer Sicht zutreffende Urteil des SG Potsdam.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte sowie die Verwaltungsakte der Beklagten und der DRV Berlin-Brandenburg verwiesen, die vorlagen und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, jedoch unbegründet.

I. Zulässiger Gegenstand des vorliegenden Klage- und Berufungsverfahrens ist das von der Klägerin verfolgte Begehren, den Bescheid der Beklagten vom 20. Dezember 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Mai 2019 aufzuheben und gerichtlich festzustellen, dass es sich bei dem Ereignis vom 16. Oktober 2018 um einen Arbeitsunfall handelt. Ihr Begehren verfolgt die Klägerin in statthafter Weise mit einer kombinierten Anfechtungs- und Feststellungsklage (§§ 54 Abs. 1, 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG). Obwohl dem Schreiben der Beklagten vom 20. Dezember 2018 eine Rechtsbehelfsbelehrung fehlte, kommt ihm aufgrund der inhaltlichen Regelungswirkung die Qualität eines Verwaltungsaktes nach § 31 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) zu. In ihrem Widerspruchbescheid vom 15. Mai 2019 ging die Beklagte ebenfalls davon aus.

II. Die Klage ist aber unbegründet. Zutreffend hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 20. Dezember 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Mai 2019 ist rechtmäßig. Das Ereignis vom 16. Oktober 2018 ist kein Arbeitsunfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung.

Gemäß § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen (§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII).

Die Klägerin war zum Zeitpunkt des Unfalls nicht gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 15a SGB VII - dem einzig in Betracht kommende Versicherungstatbestand - versichert. Nach dem Wortlaut des § 2 Abs. 1 Nr. 15a SGB VII sind kraft Gesetzes Personen versichert, die „auf Kosten einer Krankenkasse oder eines Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung oder der landwirtschaftlichen Alterskasse stationäre oder teilstationäre Behandlung oder stationäre, teilstationäre oder ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ erhalten. Gesetzlicher Hintergrund der Norm ist es, Versicherte sowohl

gegen drohende Gesundheitsgefahren aus der Behandlung bzw. Rehabilitation, an der mitzuwirken sie verpflichtet sind (§§ 60 ff. Sozialgesetzbuch Erstes Buch - SGB I), zu schützen als auch gegen Gefahren, die entstehen, weil sie sich in eine besondere Einrichtung begeben müssen und dort überwiegend anderen Risiken ausgesetzt sind als zu Hause (vgl. Bundessozialgericht, BSG, Urteil vom 27. April 2010 - B 2 U 11/09 R - juris Rn. 17 mwN).

Leistungen stationärer, teilstationärer oder ambulanter medizinischer Rehabilitation werden erbracht durch besondere Rehabilitationseinrichtungen. Hierzu zählen die Einrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V.

Der Gesetzgeber hat mit § 2 Abs. 1 Nr. 15a SGB VII Personen dem Unfallversicherungsschutz unterstellt, die auf Kosten eines der dort genannten Trägers stationäre, teilstationäre oder ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten. Er hat den Unfallversicherungsschutz ergänzt um das Aufsuchen einer Stelle zur Vorbereitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Nr. 15a), die Teilnahme an vorbeugenden Maßnahmen nach § 3 Berufskrankheitenverordnung (Nr. 15c) und die Teilnahme an Präventionsmaßnahmen (Nr. 15d).

Die nach § 2 Abs. 1 Nr. 15a SGB VII versicherte Tätigkeit umfasst danach das Entgegennehmen der Behandlung/Rehabilitation sowie die Handlungen, die Versicherte vornehmen, um die Behandlung entweder zu erhalten oder an ihrer Durchführung mitzuwirken, soweit sie sich dabei im Rahmen der ärztlichen Anordnung halten, d.h. sowohl das passive Hinnehmen von Leistungen als auch eine eigene aktive Betätigung in diesem Rahmen (vgl. BSG a.a.O.; Schwerdtfeger in Lauterbach, Unfallversicherung Sozialgesetzbuch VII, 4. Aufl., 49. Lfg. Dez. 2012, § 2 Rn. 541; Mutschler in Jahn, SGB VII, § 2 Rn. 154a; Kruschinsky in Gesetzliche Unfallversicherung SGB VII-Kommentar, § 2 Rn. 717, 720a).

Nicht erfasst vom Gesetzeswortlaut sind auf Kosten eines Leistungsträgers durchgeführte Maßnahmen der Nachsorge, zu denen auch vorliegend die intensivierete Rehabilitationsnachsorge IRENA durch den Träger der gesetzlichen Rentenversicherung gemäß § 17 SGB VI zählt. Ebenso wie das Sozialgericht Potsdam (so auch Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 30. April 2020, L 10 U 1168/17, juris Rn.

24 ff. - bezogen auf § 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB VI in der bis zum 13. Dezember 2016 geltenden Fassung - aF -) ist auch der Senat der Auffassung, dass eine durch den Rentenversicherungsträger durchgeführte „Nachsorge“ im Sinne des § 17 SGB VI keine „ambulante Rehabilitation“ im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 15a SGB VII ist (a). Weiterhin ist der Senat der Ansicht, dass die Klägerin zum Unfallzeitpunkt an einer Nachsorgemaßnahme nach § 17 SGB VI teilgenommen hat und diese nicht als „Kompensations-Reha“ oder „Wiedergutmachungs-Reha“ im Hinblick auf den krankheitsbedingten Abbruch der Reha in H. „wie eine Reha“ zu betrachten ist (b). Auch eine analoge Anwendung des Versicherungstatbestandes § 2 Abs. 1 Nr. 15a SGB VII auf Nachsorge-Maßnahmen nach § 17 SGB VI scheidet aus (c).

a) Maßnahmen der intensivierten Rehabilitationsnachsorge - IRENA - sind keine Maßnahmen einer ambulanten Rehabilitation. Nach § 17 Abs. 1 SGB VI erbringen die Träger der Rentenversicherung im Anschluss an eine von ihnen erbrachte Leistung zur Teilhabe nachgehende Leistungen, wenn diese erforderlich sind, um den Erfolg der vorangegangenen Leistungen zur Teilhabe zu sichern (Leistungen zur Nachsorge). Die Leistungen zur Nachsorge können zeitlich begrenzt werden. Die Norm wurde neu in das SGB VI eingefügt durch Artikel 1 des Gesetzes zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben vom 08. Dezember 2016 - kurz: Flexirentengesetz - und ist am 14. Dezember 2016 in Kraft getreten. Eine entsprechende Änderung bzw. Anpassung des § 2 Abs. 1 Nr. 15, insbesondere unter Buchstabe a), SGB VII – konkret eine Einbeziehung der Reha-Nachsorge in den Schutzbereich der gesetzlichen Unfallversicherung – ist weder im gleichen Zuge noch im Nachgang bisher erfolgt.

Die vormaligen, als sonstige Leistungen zur Teilhabe bestimmten Ermessensleistungen nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI a.F., die auf Leistungen zur „Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben“ beschränkt waren, sind in der Vorschrift des § 17 SGB VI nunmehr aufgegangen (Stähler in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VI, 3. Aufl., § 17 SGB VI (Stand: 01.04.2021, Rn. 4). Auch bei den Nachsorgeleistungen i.S.d. des § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI a.F. - wonach Leistungen zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben, insbesondere nachgehende Leistungen zur Sicherung des Erfolgs der Leistungen zur Teilhabe als sonstige Leistungen erbracht werden können - handelte es sich grundsätzlich nicht um eine medizinische

Rehabilitationsmaßnahme und war folglich auch kein Unfallversicherungsschutz nach § 2 Abs. 1 Nr. 15a SGB VII eröffnet, wie das LSG Baden-Württemberg in der von der Klägerin zitierten Entscheidung vom 30. April 2020 (Az.: L 10 U 1168/17) festgestellt hatte (vgl. auch Bieresborn in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VII, 3. Aufl., § 2 SGB VII, Stand: 14. Dezember 2023, Rn. 493). Zur Vorgängerregelung wurde in der Differenzierung darauf abgestellt, dass sich eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme auf alle Maßnahmen erstreckt, die erforderlich und geeignet sind, eine Krankheit oder eine körperliche, geistige oder seelische Behinderung in der Weise zu beeinflussen, dass durch diese Leistungen die Erwerbsfähigkeit gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Dagegen verfolge eine Nachsorgeleistung im Sinne des § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI a.F. das Ziel, den Erfolg einer zuvor durchgeführten medizinischen Rehabilitationsmaßnahme langfristig zu sichern und zu stabilisieren. Eine Nachsorgeleistung im Sinne des § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI a.F. schließe demnach zwar an eine erfolgreich abgeschlossene Rehabilitationsmaßnahme, stelle deshalb selbst aber keine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation dar (Bieresborn, a.a.O.).

Sowohl der Wortlaut des § 17 SGB VI als auch die Gesetzessystematik differenzieren vielmehr zwischen Maßnahmen der Rehabilitation und den danach – zur Sicherung des Rehabilitationszieles – anschließenden der Nachsorge. Dies widerspiegelt auch der Aufbau der gesetzlichen Regelungen: § 17 SGB VI ist die fünfte und letzte Vorschrift im SGB VI, Zweites Kapitel („Leistungen“), Erster Abschnitt („Leistungen zur Teilhabe“), Zweiter Unterabschnitt („Umfang der Leistungen“), Zweiter Titel („Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Nachsorge“). Vorangehend sind geregelt in § 14 - Leistungen zur Prävention, § 15 - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, § 15a - Leistungen zur Kinderrehabilitation und § 16 - Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Als normative Nachsorge-Bestimmung ist die Vorschrift des § 17 SGB VI für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung neu. Die Neuregelung reiht sich laut Gesetzesbegründung (BT-Drs. 18/9787, S. 36) ein in die Neustrukturierung der verschiedenen Leistungen zur Teilhabe. Die bisher in § 31 SGB VI (a.F.) als „Sonstige Leistungen“ geregelten Leistungen zur Prävention, zur Nachsorge und zur Kinderrehabili-

tation haben hiernach – wie die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (nachfolgend auch Reha) und die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – zum Ziel, die Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu sichern oder sogar wiederherzustellen. Um ihrer zunehmenden Bedeutung für die Versicherten und letztlich für die Aufrechterhaltung des gesamten Sozialversicherungssystems Rechnung zu tragen, sind sie mit der gesetzlichen Neuregelung im zweiten Kapitel, erster Abschnitt, zweiter Unterabschnitt als eigenständige Regelungen in die Reihenfolge der Versorgungskette aufgenommen und normativ gestärkt worden. Die Ansprüche der Versicherten werden, so weiter in der Gesetzesbegründung, klarer und umfassend gesetzlich geregelt, wodurch es eine größere Rechtssicherheit gibt. Die Inanspruchnahme der Nachsorge-Leistungen soll dadurch gesteigert und zukünftig die Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben verringert oder sogar vermieden werden.

In der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 18/9787, Seite 36) wird die Neuregelung wie folgt begründet:

...“Viele körperliche und psychische Erkrankungen erfordern eine gesundheitsbezogene Veränderung des bisherigen Verhaltens- und Lebensstils der betroffenen Versicherten. Insbesondere bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation steht diese notwendige gesundheitsbezogene Veränderung des bisherigen Verhaltens- und Lebensstils inzwischen im Mittelpunkt. Allerdings können die notwendigen Veränderungen des Verhaltens- und Lebensstils im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe oftmals nicht ausreichend verfestigt werden. Denn die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden nur für einen bestimmten Zeitraum erbracht. Eine erfolgreiche Nachsorge im Anschluss an Leistungen zur Teilhabe hat einen bedeutenden Einfluss auf deren Erfolg und somit für die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit. Sie können zudem einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung von Krankheits- und späteren Rehabilitationskosten leisten. Die Träger der Rentenversicherung haben bereits vielfältige Modellprojekte zur Nachsorge erfolgreich durchgeführt und bieten ihren Versicherten verschiedene Leistungen zur Nachsorge im Anschluss an eine von ihnen erbrachte Leistung zur Teilhabe an. Ein Beispiel ist die Intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA) des Trägers Deutsche Rentenversicherung Bund. Auch telefonische Nachsorge wird bereits erfolgreich praktiziert. In der Nachsorgephase sollen

verstärkt Eigeninitiativen gefördert, Selbsthilfepotenziale geweckt und gestärkt und die Rehabilitanden in den Alltag eingebunden werden. Um der zunehmenden Bedeutung der Nachsorgeleistungen Rechnung zu tragen und ihre Erbringung zu fördern, werden diese Leistungen aus den in § 31 geregelten „Sonstigen Leistungen“ herausgelöst und als eigenständige Regelung in den zweiten Titel des zweiten Unterabschnitts des ersten Abschnitts des zweiten Kapitels aufgenommen. Die gesetzliche Regelung hat zum Ziel, dass die Träger der Rentenversicherung ihren Versicherten bundesweit ein möglichst einheitliches Angebot an Nachsorgeleistungen zur Verfügung stellen, das dem individuellen Nachsorgebedarf gerecht wird. Zugleich entfällt die Begrenzung der Ausgaben der Rentenversicherung für die Leistungen zur Nachsorge nach dem bisher geltenden § 31 Absatz 3. Mit der neuen Vorschrift wird der Grundsatz „Prävention vor Rehabilitation vor Rente“ erheblich gestärkt. ...Die Träger der Rentenversicherung erbringen im Anschluss an eine von ihnen erbrachte Leistung zur Teilhabe die erforderlichen nachgehenden Leistungen (Leistungen zur Nachsorge), wenn diese erforderlich sind, um den Erfolg der vorangegangenen Leistung zur Teilhabe zu sichern. Dies setzt voraus, dass die erforderlichen Nachsorgeleistungen zeitnah zu den vorausgegangenen Leistungen zur Teilhabe erfolgen, denn nur dann kann es gelingen, deren Erfolg und damit die Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu sichern. Über das „Wie“ der Leistungserbringung entscheiden die Träger der Rentenversicherung im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen nach § 13 Absatz 1. Insbesondere können sie die Leistungen zur Nachsorge zeitlich begrenzen. Der Umfang der zeitlichen Begrenzung richtet sich dabei nach den im Einzelfall zu berücksichtigenden Erfordernissen. Die gleichrangige Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenkassen für diese Leistungen bleibt nach § 40 Absatz 4 SGB V unberührt....“

Dies macht deutlich, dass die „Nachsorge“ inhaltlich und systematisch nicht identisch ist mit einer „ambulanten Rehabilitationsmaßnahme“, sondern eine eigene Rechtsstellung erhalten hat. Zugleich wird damit auch der gehobene Stellenwert einer Nachsorge - insbesondere wörtlich erwähnt in der zitierten Gesetzesbegründung „IRENA“ - im System der Teilhabeleistungen deutlich. Im Gegensatz zur vorherigen Rechtslage (§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI a.F.) handelt es sich nunmehr bei diesen Leistungen

auch nicht mehr um bloße Ermessens-, sondern um Pflichtleistungen, die bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen vom Rentenversicherungsträger verpflichtend zu erbringen sind und für die - ebenso wie für Leistungen der z.B. ambulanten Rehabilitation - Übergangsgeld gewährt wird (§ 20 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI).

b) Die von der Klägerin am Unfalltag im O. Reha-Zentrum absolvierte Maßnahme war formell und inhaltlich eine intensivierete Rehabilitationsnachsorge – IRENA, sie war dagegen keine Maßnahme der ambulanten Rehabilitation. Der Verwaltungsakte des Rentenversicherungsträgers ist unzweifelhaft zu entnehmen, dass bereits das Schreiben der Rehabilitationsklinik zur „Einleitung einer Leistung zu intensivierten Rehabilitationsnachsorge (IRENA)“ vom 16. Mai 2018 (31 VA DRV) als „Kostenzusage gilt.“ Eine der Auslegung zugängliche Mehrdeutigkeit der eingeleiteten Maßnahme ist – formell betrachtet – aus dieser Formulierung nicht herzuleiten. Auch überzeugt es den Senat nicht, die Nachsorge – IRENA - wegen der vorzeitigen Beendigung der stationären Rehabilitationsmaßnahme in H. bzw. als Kompensation wegen erlittener Schmerzen durch das im Verlauf der stationären Reha- Behandlung aufgetretene behandlungsbedürftige Hämatom „wie“ eine (Ersatz-) Rehabilitationsmaßnahme zu werten. Diese Intention der IRENA-Maßnahme im O. Reha-Zentrum ist dem hierzu allein vorliegenden Schreiben der Rehabilitationsklinik zur „Einleitung einer Leistung zu intensivierten Rehabilitationsnachsorge (IRENA)“ vom 16. Mai 2018 objektiv nicht zu entnehmen, auch wenn die Klägerin – subjektiv – damit eine `Wiedergutmachung` verbindet. Daher sieht der Senat, ebenso wie das SG, keine vergleichbare Sachverhaltsgrundlage dafür, die Entscheidung des LSG Baden-Württemberg (a.a.O.) heranzuziehen.

c) Für eine analoge Anwendung des § 2 Abs. 1 Nr. 15a SGB VII auch auf Maßnahmen der Nachsorge nach § 17 SGB VI sieht der Senat keinen Raum. Hierfür fehlt es bereits am Vorliegen der allgemeinen Voraussetzungen, unter denen üblicherweise von einer Analogie ausgegangen wird (vgl. dazu etwa BSG, Urteil vom 18. September 2012, B 2 U 11/11 R, juris Rn. 24 m. w. N.). Denn es mangelt an einer planwidrigen Regelungslücke. Eine planwidrige Regelungslücke ist nicht bereits dann gegeben, wenn eine erwünschte Ausnahmeregelung fehlt oder eine gesetzliche Regelung aus sozial- oder rechtspolitischen Erwägungen als unbefriedigend empfunden wird. Eine Lücke liegt

vielmehr nur dort vor, wo das Gesetz eine Regelung weder ausdrücklich noch konkludent getroffen hat und es deshalb nach dem zugrundeliegenden Konzept, dem "Gesetzesplan", unvollständig und damit ergänzungsbedürftig ist (vgl. zum Ganzen BSG, Urteil vom 6. Juli 2022, B 5 R 39/21 R, juris Rn. 39 m. w. N.). Soweit eine Regelungslücke vorliegt, ist eine Analogie, also die Übertragung einer gesetzlichen Regelung auf einen Sachverhalt, der vom Wortsinn der betreffenden Vorschrift nicht umfasst wird, nur geboten, wenn dieser Sachverhalt mit dem geregelten vergleichbar ist, nach dem Grundgedanken der Norm und dem mit ihr verfolgten Zweck dieselbe rechtliche Bewertung erfordert und eine (unbewusste) planwidrige Regelungslücke vorliegt (vgl. BSG, Urteil vom 05. Juli 2018 - B 8 SO 32/16 R).

Normzweck des Versicherungstatbestandes - § 2 Abs. 1 Nr. 15a SGB VII - ist nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes der Schutz vor Unfällen infolge von Risiken im ungewohnten Aufenthaltsbereich der Behandlungsstätte sowie der aktiven Mitarbeit der Rehabilitanden bei der Entgegennahme von Rehabilitationsmaßnahmen (vgl. u. a. BSG, Urteil vom 27. April 2010 – B 2 U 11/09 R – juris). Im Hinblick auf das ebenfalls bestehende Eigeninteresse der Versicherten an der Rehabilitations-Nachsorge ist dabei eine restriktive Auslegung geboten (vgl. BSG, Urteil vom 17. Oktober 1990 - 2 RU 13/90 – juris Rn. 21; Ricke in: Kasseler Kommentar, a. a. O., § 8 Rn. 165). Im Bereich der vom SGB V-Träger erbrachten Maßnahmen bedeutet dies, dass über § 2 Abs. 1 Nr. 15a SGB VII zwar der teil-/stationäre Aufenthalt, nicht jedoch die vor- oder nachstationäre Behandlung (§ 39 Abs. 1 i. V. m. § 115a SGB V) unfallversicherungsrechtlich geschützt ist (Riebel in: Hauck/Noftz SGB VII, 4. Ergänzungslieferung 2023, § 2 SGB 7, Rn. 225 f.).

Vorliegend ist kein sachlicher Grund ersichtlich, weshalb bei restriktiver Auslegung des sich auf stationäre, teilstationäre und ambulante Leistungen der Rehabilitation beschränkenden Wortlauts – § 2 Abs. 1 Nr. 15a SGB VII – dieser analog auch auf Nachsorgemaßnahmen anwendbar sein sollte.

Insoweit spricht zwar zunächst für eine Analogie der Vortrag der Klägerin, das Ziel der Nachsorge sei kein rein eigenwirtschaftliches - was zutrifft. Die Nachsorgemaßnahme nach § 17 SGB VI dient, ebenso wie Prävention (§ 14) und Rehabilitation (§ 15) im Rahmen des SGB VI, der Verbesserung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit

der Versicherten und somit der Sicherung der Sozialleistungssysteme. Zudem handelt sich bei der IRENA letztlich ebenso wie bei der (ambulanten, teilstationären bzw. stationären) Rehabilitation um eine Maßnahme, die vom Rentenversicherungsträger getragen wird. Auch begibt sich die Klägerin bei der jeweiligen IRENA-Übungseinheit zumindest zeitweilig in den Organisationsbereich der die IRENA durchführenden Einrichtung. Diese wird in der Regel (einseitig) vom Leistungsträger bestimmt bzw. einzelne Einrichtungen, zu denen Kooperationsbeziehung bestehen (§ 7 der Richtlinie zu § 17 Abs. 2 SGB VI, § 38 SGB IX), werden dem Versicherten vorgeschlagen. Die Auswahl der IRENA-Einrichtung steht der Klägerin daher nicht gänzlich frei, wie dies z. B. bei der Auswahl eines Artes oder einer Physiotherapie-Einrichtung der Fall ist.

Die Verortung der IRENA-Leistungen in § 17 SGB VI (statt zuvor § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI a.F.) sollte eine systematische Stärkung der Nachsorgeleistungen und damit auch der Präventionsmaßnahme insgesamt im Rechte des SGB VI ermöglichen. Allein daraus kann jedoch nicht auf die Einbeziehung der IRENA-Leistungen in den Schutzbereich des § 2 Abs. 1 Nr. 15a SGB VII geschlossen werden. Der Schutzbereich ist ausgehend von dem mit den Maßnahmen verbundenen Risiko zu bestimmen, dass sich durch die Neuregelung der in § 17 SGB VI bestimmten Maßnahmen ggf. erhöht hat, aber regelmäßig unter dem bei stationären oder ambulanten Reha-Leistungen zurückbleibt.

So ist die Einbindung in die Organisationshoheit des Sozialleistungsträgers bei IRENA nicht so eng wie bei einer - am besten vergleichbaren - ambulanten Reha. Die zeitliche Bindung und Verweildauer des Versicherten in den Räumlichkeiten der ambulanten – und erst recht der teil- und vollstationären – Rehabilitationseinrichtung ist regelmäßig deutlich höher. Es erhöht sich damit der zeitliche Umfang, in fremder Umgebung einer Gefahr ausgesetzt zu sein, die der Versicherte im Normalfall unter häuslichen Gegebenheiten nicht begegnet wäre (Bieresborn, a.a.O.). Während die Klägerin im Rahmen der Nachsorge etwa einmal wöchentlich (24 x in 6 Monaten) einen ein- bis anderthalbstündigen Termin wahrnimmt (hier 17:30 Uhr bis 19:00 Uhr), wäre sie selbst im Bereich der ambulanten Reha täglich für mehrere Stunden in den Organisationsbereich der Reha-Einrichtung integriert, dies über mehrere Wochen.

Zudem spricht gegen eine Regelungslücke, dass auch unter der Vorgängernorm des § 17 SGB VI - § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI aF - zwar medizinische Rehabilitationsmaßnahmen vom Anwendungsbereich des § 2 Abs. 1 Nr. 15a SGB VII erfasst waren, nicht jedoch Nachsorgeleistungen i.S.d § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI aF (ebenso SG Karlsruhe, Urteil vom 21. Februar 2017 – S 15 U 1864/16), weshalb das LSG Baden-Württemberg in der von der Klägerin zitierten Entscheidung (Urteil vom 30. April 2020 – L 10 U 1168/17 – juris Rn. 25) eine bewusste Abgrenzung zu Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation vornahm.

Dass es sich in diesem Fall nicht um eine „unbewusste“ planwidrige Regelungslücke handelt, zeigt - über den eindeutige Wortlaut des § 2 Abs. 1 Nr. 15a SGB VII hinaus - auch ein Blick auf das Gesetzgebungsverfahren zu § 17 SGB VI. Nach dem Inkrafttreten des § 17 SGB VI am 14. Dezember 2016 und der Neustrukturierung des SGB VI mit Stärkung der Nachsorge hat der Gesetzgeber keine Anpassung in § 2 Abs. 1 Nr. 15, insbesondere in Buchstabe a), SGB VII derart vorgenommen, dass eine Unfallversicherungsschutz auch für Nachsorgeteilnehmer bestehen soll. Der Senat geht davon aus, dass dem Gesetzgeber dies bewusst war. Zumindest lassen die Materialien zum Gesetzgebungsverfahren des Flexi-Renten-Gesetzes diese Feststellung zu. Bereits im Rahmen der Anhörungen zum Gesetzentwurf war durch die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) auf diese Regelungslücke hingewiesen worden: „Wer (unter anderem) auf Kosten eines Rentenversicherungsträgers stationäre, teilstationäre oder ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhält, ist nach § 2 Abs. 1 Nr. 15 Buchstabe a) SGB VII kraft Gesetzes unfallversichert. Teilnehmer an Präventions- und Nachsorgeleistungen hingegen sind in dieser Vorschrift ausdrücklich nicht genannt. Dagegen werden beispielsweise Personen, die auf Kosten eines Unfallversicherungsträgers an vorbeugenden Maßnahmen nach § 3 Berufskrankheiten-Verordnung teilnehmen, gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 15 Buchstabe c) SGB VII ausdrücklich vom gesetzlichen Unfallversicherungsschutz erfasst.“ (Walling, Die rehabilitationsrelevanten Regelungen der Formulierungshilfe des BMAS zum Flexi-Renten-Gesetz, Fachbeitrag D39-2016, www.reha-recht.de, unter Verweis auf DVfR vom 10. August 2016, Seite 3).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG und entspricht dem Ausgang des Verfahrens.

Der Senat lässt die Revision gemäß § 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG zu, da die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat.

Rechtsmittelbelehrung und Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

I. Rechtsmittelbelehrung

Diese Entscheidung kann nur dann mit der Revision angefochten werden, wenn sie nachträglich vom Bundessozialgericht zugelassen wird. Zu diesem Zweck kann die Nichtzulassung der Revision durch das Landessozialgericht mit der Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde 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 Beschwerde als elektronisches Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 Sozialgerichtsgesetz - SGG). Die Beschwerde muss bis zum Ablauf dieser Frist beim Bundessozialgericht eingegangen sein und die angefochtene Entscheidung bezeichnen.

Anschriften des Bundessozialgerichts:

bei Briefpost
34114 Kassel

Telefax-Nummer:
(0561) 3107475

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

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 gemäß § 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) 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 Beschwerde 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).

In der Begründung muss dargelegt werden, dass

- die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat oder

- die Entscheidung von einer zu bezeichnenden Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder
- ein zu bezeichnender Verfahrensmangel vorliegt, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann.

Als Verfahrensmangel kann eine Verletzung der §§ 109 und 128 Abs. 1 Satz 1 SGG nicht und eine Verletzung des § 103 SGG nur gerügt werden, soweit das Landessozialgericht einem Beweisantrag ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist.

Dr. Hintz

Dr. Gädeke

Dr. Werner

II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

Für das Beschwerdeverfahren gegen die Nichtzulassung der Revision 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 Gerichten erhältlich. Er kann auch über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Falls die Beschwerde nicht schon durch einen zugelassenen Prozessbevollmächtigten eingelegt ist, müssen der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse nebst den Belegen innerhalb der Frist für die Einlegung der Beschwerde 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.