
S 4 RA 636/97

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Rentenversicherung
Abteilung	4
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 4 RA 636/97
Datum	22.10.1998

2. Instanz

Aktenzeichen	L 14 RA 183/98
Datum	11.03.1999

3. Instanz

Datum	21.06.2000
-------	------------

Auf die Revision des Klägers wird das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 11. März 1999 aufgehoben. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 22. Oktober 1998 wird zurückgewiesen. Die Beklagte hat dem Kläger die außergerichtlichen Kosten des Rechtsstreits zu erstatten.

Gründe:

I

Streitig ist die Höhe des Zuzahlungsanspruchs für eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme.

Auf seinen Antrag vom 27. Juni 1996 bewilligte die Beklagte dem Kläger mit Bescheid vom 9. Oktober 1996 eine Rehabilitationsmaßnahme für die Dauer von voraussichtlich drei Wochen in der S. -Klinik in D. ; gleichzeitig teilte sie dem Kläger in dem Bescheid mit, für jeden Tag des stationären Aufenthalts sei ein Betrag von 12,00 DM zu entrichten; der Bescheid enthielt ua ferner den Hinweis, die Zuzahlung sei jeweils nach dem zum Zeitpunkt des Maßnahmebeginns geltenden

Recht zu leisten.

Nach Durchführung der Maßnahme in der Zeit vom 7. bis 28. Januar 1997 setzte die Beklagte mit Bescheid vom 7. April 1997 im Hinblick auf den mit Wirkung vom 1. Januar 1997 (Art 12 Abs 1 des Wachstums- und Beschäftigungsförderungs-gesetzes (WFG) vom 25. September 1996, [BGBl I S 1461](#)) geänderten [Â§ 32 Abs 1 SGB VI](#) (Art 1 Nr 9 WFG iVm [Â§ 40 Abs 5 idF](#) des Beitragsentlastungsgesetzes vom 1. November 1996, [BGBl I S 1631](#)) den Zuzahlungsbetrag pro Kalendertag auf 25,00 DM, insgesamt auf 525,00 DM (21 x 25,00 DM) fest. Den Widerspruch, mit dem der Kläger geltend gemacht hatte, im Bewilligungsbescheid vom Oktober 1996 sei lediglich ein Zuzahlungsbetrag von 12,00 DM und nicht ein solcher von 25,00 DM genannt gewesen, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 12. November 1997 zurück.

Das SG Nürnberg hat mit Urteil vom 22. Oktober 1998 den Bescheid vom 7. April 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides insoweit aufgehoben, als die Höhe der Zuzahlung für die stationäre Maßnahme kalendertäglich 12,00 DM überstieg. Es hat ua ausgeführt: Gemäß [Â§ 301 SGB VI](#) seien für Leistungen zur Rehabilitation diejenigen Vorschriften anzuwenden, die im Zeitpunkt der Antragstellung oder – wenn ein Antrag nicht vorausgehe – im Zeitpunkt der Inanspruchnahme gegolten hätten. Die Vorschrift sei auf alle der Zuzahlung nach [Â§ 32 SGB VI](#) analog anzuwenden, da die Zuzahlung des Versicherten nicht eine "Leistung" in diesem Sinne sei. Insoweit liege eine Gesetzeslücke vor, sie sei nach Sinn und Zweck des [Â§ 301 SGB VI](#) zu schließen. Es sei davon auszugehen, daß der Gesetzgeber eine vollständige Übergangsregelung für die Rehabilitation habe schaffen wollen. Durch Urteil vom 11. März 1999 hat das LSG das Urteil des SG aufgehoben und die Klage mit folgender Begründung abgewiesen: Gemäß [Â§ 32 Abs 1 Satz 1 SGB VI](#) iVm [Â§ 40 Abs 5 Satz 2 SGB V](#) sei für die Höhe des Zuzahlungsbetrages der Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Maßnahme ausschlaggebend, so daß neues Recht Anwendung finden müsse. Seit Einführung der Zuzahlungspflicht im Jahre 1983 sei für den Umfang der Zuzahlung nicht der Tag der Antragstellung, sondern der Tag der Inanspruchnahme der Maßnahme maßgebend. [Â§ 301 SGB VI](#) stehe dem nicht entgegen. Insoweit handele es sich um eine Vorschrift, die – wie den Gesetzesmaterialien unmißverständlich zu entnehmen sei – allein den Übergang vom Angestelltenversicherungsgesetz (AVG) zum SGB VI regle.

Mit der vom BSG zugelassenen Revision trägt der Kläger eine Verletzung von [Â§ 32 Abs 1, 301 SGB VI](#) und trägt vor: Die Verpflichtung zur Zuzahlung beurteile sich entgegen der Auffassung des LSG nach [Â§ 32 SGB VI](#) in der bis zum 31. Dezember 1996 geltenden Fassung. Dem Wortlaut des [Â§ 32 Abs 1 SGB VI](#) könne nichts Gegenteiliges entnommen werden. Maßgebend für die Höhe des Zuzahlungsanspruchs sei – wie sich aus [Â§ 301 SGB VI](#) ergebe – grundsätzlich das bei Antragstellung geltende Recht. [Â§ 301 SGB VI](#) enthalte ebenso wie [Â§ 300 SGB VI](#) eine Übergangsregelung allgemeiner Art; sie gelte auch für sämtliche Rechtsänderungen nach Inkrafttreten des SGB VI. Im Hinblick auf den Sachleistungscharakter einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme habe [Â§ 32 SGB VI](#) zwar zu Art und Dauer dieser Maßnahme keinen Bezug; sie beeinflusse

jedoch die Höhe der vom Rentenversicherungsträger für die Durchführung der Heilmaßnahme aufzubringenden Aufwendungen. Unter diesem Gesichtspunkt sei die Vorschrift über die Zuzahlung als eine Bestimmung für Leistungen zur Rehabilitation iS des [Â§ 301 SGB VI](#) anzusehen. Dieser Auslegung widerspreche die Wortwahl "Leistungen zur Rehabilitation" in [Â§ 301 Abs 1 SGB VI](#) nicht; von dieser Vorschrift werde der gesamte Regelungsbereich "Rehabilitation" erfaßt. Eine unterschiedliche Behandlung der einzelnen Vorschriften innerhalb des Gesamtkomplexes "Rehabilitation" sei [Â§ 301 Abs 1 SGB VI](#) nicht zu entnehmen.

Im übrigen beziehe er sich auf eine Entscheidung des 5. Senats des BSG vom 23. Februar 2000 ([B 5 RJ 6/99 R](#)).

Der Kläger beantragt,
das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 11. März 1999 aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 22. Oktober 1998 zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Sie ist der Auffassung, [Â§ 32 Abs 1 SGB VI](#) stelle ausschließlich auf den Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Rehabilitationsleistung ab, so daß lediglich das zu diesem Zeitpunkt geltende Recht für die Höhe der Zuzahlung maßgebend sei. Eine direkte Anwendung von [Â§ 301 SGB VI](#) komme bei Rechtsänderungen in diesem Bereich nicht in Betracht, da die Zuzahlungspflicht keine "Leistung zur Rehabilitation" sei. Eine Analogie zu [Â§ 301 SGB VI](#) verbiete sich; insoweit sei eine Regelungslücke nicht erkennbar. [Â§ 32 Abs 1 SGB VI](#) stelle auf den Leistungsbeginn der Maßnahme und damit auf das zu diesem Zeitpunkt geltende Recht ab. Diese Auslegung sei im Interesse der Gleichbehandlung aller Versicherten geboten. Würde man den Zeitpunkt der Antragstellung zugrunde legen, so könnten unterschiedliche Zuzahlungsregelungen gelten, obwohl die entsprechenden Maßnahmen in demselben Zeitraum durchgeführt werden könnten.

II

Die Revision des Klägers ist begründet. Das Urteil des LSG ist aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des SG zurückzuweisen.

Zwischen den Beteiligten steht bereits bestandskräftig ([Â§ 77 SGG](#)) fest, daß die Beklagte den Kläger in Höhe von mindestens 12,00 DM pro Kalendertag auf Zuzahlung zu der in der Zeit vom 7. bis 28. Januar 1997 auf ihre Kosten durchgeführten stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen kann. Ein weitergehender Zuzahlungsanspruch der Beklagten besteht demgegenüber nicht wie das SG zutreffend erkannt hat. Dieses Ergebnis rechtfertigt sich im wesentlichen aus dem [Â§ 301 Abs 1 Satz 1 SGB VI](#) zugrundeliegenden Rechtsgrundsatz. Dieser gilt auch im Rahmen des mit dem WFG geänderten Zuzahlungsrechts, bezogen jedenfalls auf Fälle, in denen der

Versicherte unter der Geltung alten Rechts nicht nur den Antrag auf Rehabilitation gestellt hatte, sondern darüber hinaus diesen nach Bewilligung von stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen durch Verwaltungsakt nicht mehr rechtswirksam zurücknehmen konnte. Damit sind weiterhin [Â§ 32 Abs 1 Satz 1 SGB VI](#) und [Â§ 39 Abs 4 SGB V](#) in ihrer jeweils ab dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung anzuwenden (vgl nachfolgend unter A). Zwar verdrängt nämlich von Verfassungs wegen grundsätzlich das neuere Gesetz das Ältere (hierzu unter B), doch lassen die einschlägigen Regelungen des WFG hier ausnahmsweise noch ausreichend deutlich eine positive Entscheidung für die (rechtsgrundsätzliche) Fortgeltung früheren Übergangsrechts auch im Zusammenhang mit dem neuen Zuzahlungsrecht erkennen; demgegenüber scheidet eine unmittelbare Anwendung von [Â§ 301 Abs 1 SGB VI](#) aus (nachfolgend C).

A) Die Höhe der Zuzahlung bestimmt sich damit jedenfalls unter den vorstehend genannten Einschränkungen im Ergebnis nach dem im Zeitpunkt der Antragstellung auf Rehabilitationsleistungen am 27. Juni 1996 geltenden Recht. Grundlage für den Anspruch der Beklagten auf Zuzahlung sind folglich in ihrer jeweils ab dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung durch Art 4 bzw Art 1 Nr 23 Buchst c des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 ([BGBl I S 2266](#)) [Â§ 32 Abs 1 Satz 1 SGB VI](#) und [Â§ 39 Abs 4 SGB V](#) mit folgendem Wortlaut:

"[Â§ 32 Abs 1 Satz 1 SGB VI](#)

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und stationäre medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, zahlen für jeden Kalendertag dieser Leistungen den sich nach [Â§ 39 Abs 4](#) und [Â§ 310 Abs 1](#) des Fünften Buches ergebenden Betrag.

39 Abs 4 SGB V

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 14 Tage 11 Deutsche Mark je Kalendertag an das Krankenhaus, das diesen Betrag an die Krankenkasse weiterleitet. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der Rentenversicherung geleistete Zahlung nach [Â§ 32 Abs 1 Satz 2](#) des Sechsten Buches sowie die nach [Â§ 40 Abs 5 Satz 2](#) geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen. Vom 1. Januar 1994 an beträgt die Zahlung nach Satz 1 12 Deutsche Mark."

Demgegenüber kommen in ihrer Fassung durch Art 1 Nr 9 Buchst a WFG vom 25. September 1996 ([BGBl I S 1461](#)) bzw Art 2 Nr 16 des Beitragsentlastungsgesetzes vom 1. November 1996 ([BGBl I S 1631](#)) nicht zur Anwendung [Â§ 32 Abs 1 Satz 1 SGB VI](#) und [Â§ 40 Abs 5 SGB V](#) mit ihrem jeweils ab 1. Januar 1997 maßgeblichen Wortlaut:

"[Â§ 32 Abs 1 Satz 1 SGB VI](#)

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und stationäre

medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, zahlen für jeden Kalendertag dieser Leistungen den sich nach § 40 Abs 5 und § 310 Abs 1 des Fünften Buches ergebenden Betrag.

40 Abs 5 SGB V

Versicherte, die eine Leistung nach Abs 2 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag 25 Deutsche Mark an die Einrichtung. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten."

B) Die geänderte Fassung von [§ 32 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) ist gemäß Art 12 Abs 1 WFG zum 1. Januar 1997 in Kraft getreten und beansprucht damit grundsätzlich Geltung von diesem Zeitpunkt an anstelle des alten Rechts. Als Teil der normativen Regelungen dieses Gesetzes verhilft nämlich die genannte Inkrafttretensregelung den Bestimmungen des WFG zur Wirksamkeit ([Art 82 Abs 2 Satz 1 GG](#)) und bestimmt ihren zeitlichen Anwendungsbereich, dh sie legt fest, von welchem Zeitpunkt an die Rechtsfolgen des Gesetzes für den Normadressaten eintreten und seine Bestimmungen von den Behörden und Gerichten anzuwenden sind (vgl [BVerfGE 42, 263](#), 283); hätte der Gesetzgeber von seiner Regelungskompetenz hinsichtlich des Zeitpunkts des in diesem Sinne verstandenen Inkrafttretens keinen Gebrauch gemacht, hätte dies unmittelbar aufgrund verfassungsrechtlicher Anordnung in [Art 82 Abs 2 Satz 2 GG](#) ersatzweise dazu geführt, dass das Gesetz automatisch mit dem 14. Tage nach Ablauf des Tages in Kraft getreten wäre, an dem das Bundesgesetzblatt ausgegeben worden ist.

In das SGB VI sind damit im Rahmen seiner späteren Änderung durch das WFG Normen eingefügt worden, für die dessen ursprüngliche Inkrafttretensregelungen in Art 85 des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Rentenversicherung (Rentenreformgesetz 1992 (RRG 1992), [BGBl 1989 S 2261](#)) ersichtlich nicht einschlägig sind. Innerhalb der damit zeitlich gestuft geltenden Fassungen des SGB VI gehen die zum 1. Januar 1997 mit dem WFG eingeführten Bestimmungen des neuen Rechts von Verfassungs wegen ([Art 20 Abs 3](#), [82 Abs 2 GG](#) iVm Art 12 WFG) grundsätzlich früheren Bestimmungen zum gleichen Sachverhalt vordringend vor, setzen sie also auch dann außer Kraft, wenn sie nicht ausdrücklich aufgehoben worden sind ("lex posterior derogat legi priori"; vgl hierzu im übrigen Urteil des Senats in [SozR 3-2200 § 1259 Nr 5](#) mwN; [BVerwGE 85, 289](#), 292; [BFHE 169, 564](#); BAG in [AP Nr 9 zu § 1 TVG](#) Tarifverträge â Einzelhandel; zur Anwendbarkeit im Rahmen der Inzidentprüfung vorkonstitutionellen Rechts am Maßstab der Verfassung s auch [BVerfGE 2, 124](#), 130; [6, 222](#), 242; [10, 124](#), 128; außerdem: Renck, Zum Anwendungsbereich des Satzes "lex posterior derogat legi priori", JZ 1970, 770 f und Laubinger, Asyl und "kleines Asyl", VerwArch 1985 (76), 201, 208 f).

Ebenfalls grundsätzlich ist demgemäß zunächst davon auszugehen, dass eine durch das neue Recht ggf getroffene Anordnung, hierdurch bestimmte Rechtsfolgen auf noch im zeitlichen Anwendungsbereich alten Rechts verwirklichte Sachverhalte teilweise zu erstrecken, notwendig auch abweichenden Übergangsbestimmungen vorgehe, die den abgeänderten Bestimmungen des alten Rechts möglichst

gerade für diesen Fall im Rahmen der [Ä§ 300 ff SGB VI](#) zugeordnet waren. Zwar erheben die [Ä§ 300 ff SGB VI](#) nach Wortlaut und Entstehungsgeschichte über den Wechsel vom AVG zum SGB VI hinaus den umfassenden Anspruch, im Vorgriff bereits die Modalitäten künftiger Rechtsänderungen innerhalb des SGB VI zu bestimmen (vgl bereits Urteil des Senats in [SozR 3-2600 Ä§ 300 Nr 3 S 4](#); ebenso zuletzt Urteil des 5. Senats vom 23. Februar 2000, [B 5 RJ 6/99 R](#), zur Veröffentlichung vorgesehen, mwN sowie [BT-Drucks 11/4124, S 206](#)). Zu beachten ist demgegenüber jedoch, dass aus einer früheren Ausgestaltung der einfachgesetzlichen Rechtslage eine Bindung des $\hat{}$ gemäss [Art 20 Abs 3 GG](#) allein der verfassungsmässigen Ordnung verpflichteten (vgl hierzu Leibholz/Rinck/Hesselberger, Komm zum GG, Stand: Oktober 1990, [Art 3 GG](#) RdNr 114 f) $\hat{}$ Parlamentsgesetzgebers nicht abgeleitet werden kann; ebensowenig gibt es demgemäss ein Prinzip der Selbstbindung des Gesetzgebers des Inhalts, dass seinen Grundsatzentscheidungen ein Vorrang vor späteren Einzelgesetzen zukomme (vgl [BFHE 150, 184 = BB 1987, 791](#) mwN). Stets bleibt es vielmehr grundsätzlich der jeweiligen eigenen freien Entscheidung des aktuell kompetenzgemäss handelnden Parlamentsgesetzgebers überlassen, ob und inwieweit er eine bereits vorgeregelt Rechtslage unabhängig von jeder zukunftsgerichteten Bindung hieran ändern bzw von Grund auf neu gestalten will. Umgekehrt erstreckt sich seine materielle Gestaltungskompetenz aber auch darauf, im Einzelfall die $\hat{}$ zeitlich und inhaltlich begrenzte $\hat{}$ Fortgeltung alten Rechts anzuordnen und auf diese Weise ggf den verfassungsrechtlich auf eine grundsätzliche (und gemäss [Art 20 Abs 3 GG](#) durch die eingeräumten sachlichen Regelungskompetenzen modifizierte) Geltung beschränkten "lex-posterior-Satz" zu durchbrechen. Hierzu genügen indessen $\hat{}$ wie dargelegt $\hat{}$ gerade nicht bereits die ihrerseits notwendig zeitlich begrenzt geltenden Fortgeltungsanordnungen alten Rechts; vielmehr muss das neue Recht selbst einen entsprechenden Regelungswillen positiv erkennen lassen.

C) Dem Erfordernis einer derartigen Öffnungsklausel hat das WFG zwar nicht unmittelbar in Art 12 und durch dessen ausdrücklichen Wortlaut Rechnung getragen. Es hat aber $\hat{}$ mit zumindest indizieller Bedeutung auch im Blick auf eine Rezeption gerade der Vorschriften des Überleitungsrechts die hierdurch geänderten Bestimmungen des SGB VI insgesamt in den Regelungskontext des vorhandenen Rentenrechts integriert, ohne dessen hier einschlägige Strukturen zu tangieren, und insbesondere jedenfalls noch hinreichend deutlich den [Ä§ 301 Abs 1 SGB VI](#) zugrundeliegenden Rechtsgedanken auch im Rahmen der Neufassung von [Ä§ 32 Abs 1 Satz 1 SGB VI](#) rezipiert. Dies gilt jedenfalls dann, wenn $\hat{}$ wie hier $\hat{}$ auch der eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme gewährend Bewilligungsbescheid noch während des zeitlichen Anwendungsbereichs des alten Rechts ergangen ist und der ihm zugrundeliegende Antrag nicht mehr rechtmässig zurückerlangt werden kann. Insofern wird auf der Grundlage einer Art 12 WFG modifizierenden bzw vom lex-posterior-Grundsatz abweichenden besonderen Wertentscheidung des "aktuellen" (WFG-)Gesetzgebers $\hat{}$ und nicht etwa einem aus der einschlägigen Gesetzeslage nicht ableitbaren "Günstigkeitsprinzip" folgend $\hat{}$ die Anwendung neuen Rechts (prinzipiell ergebnisunabhängig) hintangestellt; die Höhe der von der Beklagten als Träger der Rehabilitation zu fordernden Zuzahlung (sowie umgekehrt der Umfang der

entsprechenden Nebenpflicht des Versicherten) bestimmt sich insofern ausnahmsweise noch nach einer rechtsgrundsätzlich Anwendung der vor dem 1. Januar 1997 geltenden Zuzahlungsregelungen (nachfolgend unter a). Demgegenüber kommt eine unmittelbare Anwendung von [Â§ 301 Abs 1 SGB VI](#) nicht in Betracht (nachfolgend b). Hierzu gilt im einzelnen folgendes:

a) [Â§ 32 Abs 1 Satz 1 SGB VI](#) idF des WFG beansprucht iVm Art 12 WFG zunächst unzweifelhaft, die (Höhe der) Zuzahlung für alle Anknüpfungstatbestände zu bestimmen, die sich vollständig nach seinem Inkrafttreten realisiert haben. Zwar benennt die Vorschrift (worauf die Beklagte insofern zutreffend hinweist) als tatbestandliche Voraussetzung für das Entstehen der â€‹ vorher aufschiebend bedingten â€‹ Zuzahlungspflicht ausdrücklich, daß Versicherte eine stationäre medizinische Leistung zur Rehabilitation "in Anspruch nehmen", dh, daß die vom Rehabilitationsträger in natura zur Verfügung zu stellende Maßnahme konkret und vollständig iS einer Erfüllung des bewilligten Rechts erbracht worden sein muß. Damit sind aber nicht isoliert die schlicht hoheitlichen Erfüllungshandlungen und das Maßnahmeende in Bezug genommen; vielmehr umfaßt der Wortlaut ohne weiteres auch das von der rechtlichen Konstruktion des Gesetzes her vorausgesetzte Verständnis, daß mit dem zeitlich letzten Element der zur Erreichung des Rehabilitationsziels eingesetzten rechtlichen und tatsächlichen Mittel zugleich auch der Gesamtvorgang bzw dessen sich sukzessiv realisierende Elemente als ebenfalls unverzichtbare Voraussetzung für die "Entstehung der Zuzahlungspflicht" in Bezug genommen wird. Damit beansprucht [Â§ 32 Abs 1 Satz 1 SGB VI](#) jedenfalls Geltung, wenn auch der Antrag auf Rehabilitation nach dem 31. Dezember 1996 gestellt wurde.

aa) Demgegenüber ist nicht anzunehmen, daß sich die Zuzahlungspflicht im Wege sog unechter Rückwirkung (tatbestandliche Rückknüpfung) auch bei am 1. Januar 1997 bereits laufenden Rehabilitationsverfahren nach neuem Recht bestimmen sollte. Dies ergibt sich daraus, daß sich [Â§ 32 Abs 1 Satz 1 SGB VI](#) idF des WFG bei fast unverändertem Wortlaut und identischer Struktur von [Â§ 32 Abs 1 Satz 1 SGB VI](#) idF von Art 4 GSG allein dadurch unterscheidet, daß nunmehr durch Verweisung statt auf [Â§ 39 Abs 4 SGB V](#) (idF von Art 1 Nr 23 Buchst c GSG) auf [Â§ 40 Abs 5 SGB V](#) (idF des Beitragsentlastungsgesetzes) ein höherer Zuzahlungsbetrag festgelegt wird, während das bisherige Recht ansonsten inhaltlich unverändert fortgeführt wird. Ebenso hatte zuvor auch [Â§ 32 Abs 1 Satz 1 SGB VI](#) idF des GSG die bis zum 31. Dezember 1992 geltende "Urfassung" der Norm durch das RRG 1992 ([BGBl 1989 S 2261](#)) nur insofern geändert, als damals die Zuzahlungspflicht tatbestandlich auf "stationäre" medizinische Leistungen beschränkt und der kalendermäßige Zuzahlungsbetrag von 10,00 DM auf nunmehr 11,00 DM erhöht worden war. Durchgehend war demgemäß die Zuzahlungspflicht tatbestandlich an die "Inanspruchnahme" von (stationären) medizinischen Leistungen zur Rehabilitation geknüpft und hatte demgemäß in Ermangelung sonstiger einschlägiger Bestimmungen auch jeweils unverändert das Übergangsrecht zu [Â§ 32 Abs 1 Satz 1 SGB VI](#) idF des RRG 1992 fortgeführt. Entsprechend dieser Tradition, in der auch [Â§ 32 Abs 1 Satz 1 SGB VI](#) idF des WFG steht, findet einschlägiges neues Recht bisher stets nur dann Anwendung, wenn auch der Rehabilitationsantrag nach seinem Inkrafttreten gestellt wurde.

bb) Der Antrag, auf den [Â§ 301 Abs 1 Satz 1 SGB VI](#) leistungsrechtlich als maßgebliches Kriterium für die Anwendung alten oder geänderten (s zu diesem Grunderfordernis für die Anwendung besonderer Übergangsrechtlicher Bestimmungen Urteil des Senats in [SozR 3-2600 Â§ 63 Nr 1 S 8](#)) neuen Rechts abstellt, hat neben seiner verfahrenseinleitenden Funktion stets auch materiellrechtliche Wirkungen (stRspr des Senats; vgl SozR 3-5765 [Â§ 10 KfzHV Nr 1 S 5, Nr 2 S 10](#) f, Nr 3 S 18). Dies ergibt sich insbesondere daraus, daß der Versicherte gemäß [Â§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB I](#) nur einen (gesetzlichen) Anspruch auf pflichtgemäße Ermessensentscheidung hat, nicht aber bereits bestimmte Leistungen beanspruchen kann, und demgemäß nach [Â§ 40 Abs 2 SGB I](#) ein Anspruch auf Rehabilitationsleistungen grundsätzlich erst (durch Verwaltungsakt) im Zeitpunkt der Bekanntgabe der Ermessensentscheidung entstehen kann. Bei den [Â§ 19 Satz 1 SGB IV](#), 115 Abs 1 Satz 1 und 4 SGB VI handelt es sich damit nicht um bloße Ordnungsvorschriften; vielmehr ist der dort geforderte Antrag (ebenso wie die ihm nach [Â§ 115 Abs 4 SGB VI](#) gleichgestellte Zustimmung) grundsätzlich und im Regelfall zwingende Voraussetzung des mitwirkungsbedürftigen Verwaltungsaktes hinsichtlich der Ermessensentscheidung, welche Maßnahmen im konkreten Fall zur Verwirklichung der Rehabilitationschance geeignet, erforderlich, zumutbar, wirtschaftlich und sparsam sind. Erst mit dem Eingang des grundsätzlich vorweg zu stellenden Antrags eröffnet sich für den Rehabilitationsträger die Möglichkeit, im Rahmen eines umfassend auf das Ziel der Eingliederung in das Arbeitsleben gerichteten einheitlichen Verfahrens und eines Gesamtplanes zur Rehabilitation (vgl etwa BSG in [SozR 3-1200 Â§ 14 Nr 19](#) und [SozR 3-2200 Â§ 1236](#) jeweils mwN) die ihm zugewiesene(n) zukunftsorientierte(n) und mit prognoseähnlichen Elementen vermischte(n) Abwägungsentscheidung(en) zu treffen.

Dies läßt den vom Gesetz gewählten Anknüpfungspunkt der Antragstellung zunächst für den unmittelbaren Anwendungsbereich des [Â§ 301 Abs 1 SGB VI](#) als ohne weiteres sachgerecht erscheinen. Er ermöglicht es der Verwaltung nämlich, bereits ab dem Zeitpunkt des Eingangs bei ihr und ohne käufliche Rechtsänderungen befürchten zu müssen, individuell das im Blick auf die Einheit des Rehabilitationsfalles geforderte Gesamtkonzept zu entwickeln bzw die für dessen Umsetzung erforderliche(n) (Teil-)Entscheidung(en) zu treffen und generell ihre Haushaltsplanung auf die bekannte Rechtslage sowie deren Ergebnisse abzustellen. Umgekehrt wird auf diese Weise (bezogen auf das Leistungs(schuld-)verhältnis "Rehabilitation" beginnend mit der Antragstellung und endend mit dem letzten Tag der Durchführung der Rehabilitation) gleichzeitig auch das Vertrauen des Versicherten auf eine überschaubare Gesetzeslage geschützt und er so in die Lage versetzt, Vor- und Nachteile eines käuflichen Rehabilitationsverfahrens gegeneinander abzuwägen (vgl Urteil des Senats in [SozR 3-2600 Â§ 301 Nr 1 S 7](#)); insofern ist folglich das Ergebnis dieses am Beginn des Verfahrens stehenden (und der bescheidmäßigen Konkretisierung einzelner Leistungsansprüche vorgelagerten) Abwägungsprozesses hinsichtlich der (vorläufigen) Entscheidung über das "Ob" der Durchführung jedenfalls nicht mehr der Gefahr einer nachträglichen Infragestellung durch eine Veränderung des gesetzlichen Leistungsrahmens ausgesetzt.

cc) Jedenfalls mit dem Zeitpunkt, in dem sich der Versicherte nicht mehr wirksam von seinem Antrag lösen kann, beansprucht der [Â§ 301 Abs 1 SGB VI](#) zugrundeliegende Rechtsgrundsatz in gleichem Maße auch Geltung für Fallgestaltungen der hier zur Entscheidung stehenden Art. Spätestens dann nämlich bedarf es nach der bereichsspezifischen Wertentscheidung des Gesetzes, daß der Antragsteller in der Lage sein soll, Vor- und Nachteile eines Rehabilitationsverfahrens abzuwägen, auch im Zusammenhang des gegen den Versicherten gerichteten Zuzahlungsanspruchs des Rehabilitationsträgers und damit außerhalb des Leistungs(schuld-)verhältnisses Rehabilitation einer auf den Antragszeitpunkt (rück-)bezogenen Kalkulations- und Planungssicherheit hinsichtlich der wirtschaftlichen Auswirkungen.

Der Zuzahlungsanspruch, dem sich der Versicherte im Zusammenhang stationärer medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen ausgesetzt sieht, bestimmt seine wirtschaftliche Situation im Ergebnis nicht weniger als die leistungsrechtliche Gesetzeslage. Trotz weitgehender rechtlicher Trennung beider Bereiche resultieren die insgesamt abzuwägenden Vor- und Nachteile erst aus ihrem faktischen Zusammenwirken innerhalb des einheitlichen Sachbereichs der Rehabilitation. Aufgabe der Zuzahlung zu stationären medizinischen Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung war es bereits bei Einführung der entsprechenden Regelungen in Â§ 20 Abs 1 AVG (= [Â§ 1243 RVO](#)) durch Art 20 Nr 5 des Haushaltsbegleitgesetzes 1983 vom 20. Dezember 1982 ([BGBl I S 1857](#)), die das SGB VI im wesentlichen übernommen hat (vgl etwa Hauck in Hauck/Haines, Komm zum SGB VI, Stand: Januar 1997, [Â§ 32 SGB VI](#) RdNr 2), den Versicherten im Rahmen einer besonderen Art von Kostenbeteiligung zum Ausgleich von Vorteilen heranzuziehen, die ihm durch die gewährte Sachleistung über deren Zweck hinaus erwachsen (vgl BSG in SozR 1500 Â§ 149 Nr 11). Auf diese Weise soll dem Umstand Rechnung getragen werden, daß der Versicherte während der stationären Heilbehandlung durch die regelmäßig vorliegende Ersparnis von Aufwendungen für seine häusliche Lebenshaltung (BSG aaO und in [SozR 1500 Â§ 149 Nr 12](#) sowie Urteil des Senats in [SozR 3-2200 Â§ 1243 Nr 2](#) mwN), mit Erhalt der vollkostenfreien Vorleistung durch den Träger eine rechtsgrundlose Vermögensmehrung erfährt (vgl entsprechend zur gesetzlichen Krankenversicherung Urteil des Senats in [SozR 3-2500 Â§ 13 Nr 4](#) S 31), deren pauschaler Geldwert durch den Zuzahlungsanspruch abgeschöpft wird; im wirtschaftlichen Endergebnis verbleibt dem Versicherten damit der mit den erbrachten Naturalleistungen verbundene Vorteil allein insofern, als dieser gerade durch Krankheit und Erwerbsminderung bedingt war, während ein Eintreten der Versichertengemeinschaft für Aufwendungen zum gewöhnlichen Lebensunterhalt, das den von ihr solidarisch zu tragenden Risiken erkennbar fremd ist, vermieden wird. Spiegelbildlich ergibt sich in identischer Höhe beim jeweils leistungsgewährenden Träger eine Reduktion des Ausgabevolumens (vgl entsprechend zur Schadensbemessung im Rahmen des Arzneimittelregresses durch die Berücksichtigung von Apothekenrabatt und Patientenzuzahlungen BSG in [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 38](#)). Insgesamt betrachtet erfährt damit die gesetzgeberische Wertentscheidung für die Prognostizierbarkeit sich im Zusammenhang der Rehabilitation ergebender Vor- und Nachteile über den Leistungsbereich hinaus grundsätzlich auch den hiermit sachlich verbundenen

Bereich der Zuzahlung.

Dies gilt jedenfalls dann, wenn ein Antrag wie hier unter der Geltung alten Rechts nicht nur gestellt wurde, sondern es zusätzlich dazu gekommen ist, dass der Versicherte diesen Antrag nach Bewilligung einer konkreten (stationären medizinischen) Rehabilitationsmaßnahme nicht mehr (rechtlich zulässig) revidieren kann, er infolgedessen zur Mitwirkung verpflichtet ist und seine Zuzahlungspflicht unter der aufschiebenden Bedingung einer vollständigen Erbringung der zuerkannten Maßnahme entstanden ist. Ein mit der Erhaltung der Zuzahlungsbeträge angeblich verfolgtes gesetzgeberisches Ziel, Versicherte zukunftsgerichtet von der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen abzuhalten, wäre in derartigen Fällen schon im Blick auf ihre gleichzeitige Mitwirkungsverpflichtung offensichtlich selbstwidersprüchlich. Vielmehr ergibt sich aus der [ÄS 301 Abs 1 SGB VI](#) zugrundeliegenden Wertung für diesen Personenkreis bezüglich seiner Zuzahlungspflicht Verlässlichkeit immerhin insofern, als die gesetzlichen Planungsgrundlagen einer in der Vergangenheit bereits verbindlich getroffenen Entscheidung für eine Einzelmaßnahme unabhängig von späteren Rechtsänderungen erhalten bleiben.

Der Ablauf der Widerspruchsfrist ([ÄS 84 Abs 1 SGG](#)) bestimmt dabei denjenigen Zeitpunkt, von dem an sich die dem Versicherten unter Berücksichtigung des Grundsatzes "Rehabilitation vor Rente" (ÄS 7 Rehabilitationsangleichungsgesetz (RehaAnglG)) obliegende Mitwirkungspflicht (ÄS 4 Abs 1 Satz 2 RehaAnglG) über die mit seinem Antrag vorweg generell bekundete Bereitschaft zu ihrer Erfüllung und die allgemeine Pflicht zur Mitwirkung im Verwaltungsverfahren hinaus (Urteil des Senats in [SozR 3-5765 ÄS 10 Nr 3](#) S 18) erstmals auf die Forderung der jeweils konkret zuerkannten Maßnahme erstreckt; durch die Erfüllung dieser Mitwirkungspflicht noch aufschiebend bedingt steht damit nunmehr auch das Entstehen einer Nebenpflicht zur Zuzahlung fest. Der Versicherte kann demzufolge nur vom Eintritt der vollen Wirksamkeit der Bewilligungsentscheidung ([ÄS 39 Abs 1 Satz 1 SGB X](#)) bis zum Ablauf der einmonatigen Widerspruchsfrist die ihn treffende Belastung konkret und individuell kalkulieren, um ggf seinen einleitend gestellten Antrag noch zurückzunehmen (vgl entsprechend zur Rücknahme des Rentenanspruches BSG in [SozR 3-2500 ÄS 50 Nr 3](#)) und auf diese Weise der Mitwirkungsverpflichtung rechtmäßig die Grundlage zu entziehen; demgegenüber hat die von der Beklagten in der mündlichen Verhandlung angedeutete Möglichkeit, der bewilligten Maßnahme im Widerspruch zu einer allerdings nicht nachteilsbewehrten rechtlichen Verpflichtung fernzubleiben, ersichtlich außer Betracht zu bleiben. Hat der Versicherte während der Überlegungsfrist von der Möglichkeit der Antragsrücknahme keinen Gebrauch gemacht, läßt es die [ÄS 301 Abs 1 SGB VI](#) zugrundeliegende Wertentscheidung über den dort umschriebenen Anwendungsfall hinaus auch hinsichtlich der wirtschaftlich in gleicher Weise bedeutenden Zuzahlung gerechtfertigt erscheinen, nachträgliche Änderungen der Kalkulationsgrundlage unbeachtet zu lassen.

Wie der Senat im übrigen bereits entschieden hat ([SozR 3-2600 ÄS 301 Nr 1](#) S 6), liegt dem Gesamtbereich der Rehabilitation ein allgemeiner Grundsatz der Erkennbarkeit und überschaubarkeit der Verhältnisse für den Versicherten

bereits bei Antragstellung und vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme zugrunde. Ob ua im Blick hierauf ein entsprechendes Ergebnis auch in Fällen der Änderung des Zuzahlungsbetrags zu einem früheren Zeitpunkt (vor Ablauf der Widerspruchsfrist) gilt, wofür nach Auffassung des Senats manches spricht, kann hier dahingestellt bleiben.

b) Demgegenüber kommt im Zusammenhang mit der von Versicherten geschuldeten Zuzahlung und ihrer Höhe eine unmittelbare Anwendung von [Â§ 301 Abs 1 SGB VI](#) schon bei Inkrafttreten des RRG 1992 nicht in Betracht. Ebenso scheidet mangels rechtlicher Vergleichbarkeit der Fallkonstellationen auch eine analoge Anwendung der Vorschrift aus. Der Senat hat unter Hinweis auf [BT-Drucks 11/4124](#) bereits ausdrücklich entschieden ([SozR 3-2600 Â§ 301 Nr 1](#)), daß [Â§ 301 Abs 1 SGB VI](#) unmittelbar allein den Fall regelt, daß Versicherte, die vor Inkrafttreten der neuen Vorschriften Leistungen zur Rehabilitation beantragt oder bezogen haben, diese Leistungen einheitlich nach dem vor Inkrafttreten der neuen Regelungen geltenden Recht erhalten. Der sachliche Anwendungsbereich der Bestimmung beschränkt sich damit auf die im Rahmen des Normprogramms Rehabilitation vom Versicherungsträger zu erbringenden Leistungen, dh auf das Leistungs(schuld-)verhältnis "Rehabilitation" beginnend mit der Antragstellung und endend am letzten Tag der Durchführung der Rehabilitation (Urteil des Senats aaO S 7). Sie bezieht sich demgemäß in unmittelbarer Anwendung keinesfalls auch auf Rechte und Ansprüche, die, wie hier, dem Versicherungsträger seinerseits zustehen. Hierzu gilt im einzelnen folgendes:

Insofern unabhängig von der Anwendung alten oder neuen Rechts steht dem zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung nach [Â§ 32 Abs 1 Satz 1 SGB VI](#) bei Versicherten, die, wie der Kläger, das 18. Lebensjahr vollendet haben und stationäre Leistungen der medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen, für jeden Kalendertag dieser Leistungen ein Zuzahlungsanspruch zu den hierdurch entstehenden Aufwendungen zu. Vergleichbar der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl hierzu Urteil des Senats in [SozR 3-2500 Â§ 13 Nr 4](#)) entsteht damit im Rahmen einer Kostenlastregelung auch hier (erst) im Augenblick der vollkostenfreien Erbringung der Maßnahme in natura ein, zuvor entsprechend aufschiebend bedingter (vgl [Â§ 158 Abs 1 BGB](#)) Erstattungsanspruch des Versicherungsträgers gegen den Versicherten in der gesetzlich jeweils vorgegebenen pauschalierten Höhe. Sowohl dieser Erstattungsanspruch als auch die Modalitäten seiner Erfüllung bleiben ohne jede Rückwirkung auf die leistungsrechtliche Position des versicherten Rehabilitanden: Weder sein gesetzliches Recht auf fehlerfreie Ermessensausübung hinsichtlich der ihm nach Art und Umfang zustehenden Rehabilitationsleistungen ([Â§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB I](#), 9 Abs 2, 13 Abs 1 SGB VI) noch sein Anspruch auf die ihm durch Verwaltungsakt im Einzelfall konkret zuerkannten Maßnahmen stehen unter der aufschiebenden Bedingung der Zuzahlung; ebensowenig handelt es sich bei der Zuzahlung um eine Gegenleistung des Versicherten, deren fehlende Erbringung ggf zu einem Leistungsverweigerungsrecht führen könnte. Auch kann die Sachleistung in Höhe der Zuzahlung nicht als "überzahlt" gelten; vielmehr handelt es sich bei der Zuzahlungspflicht um eine selbständige, dem Versicherungsträger gegenüber bestehende gesetzliche Zahlungspflicht, die

zwar ihrerseits auf einem sozialrechtlichen Leistungsverhältnis beruht, aber nicht etwa umgekehrt den Rechtsgrund bzw die Rechtmäßigkeit der erbrachten (Sach-)Leistung als solche tangiert (so bereits der 1. Senat zu [Â§ 20 AVG](#) in [SozR 1500 Â§ 149 Nr 11](#); ebenso bestÄrtigend der 11a Senat in [SozR 1500 Â§ 149 Nr 12](#)).

Wie vor der erstmaligen EinfÄhrung einer Zuzahlungsregelung mit [Â§ 20 AVG](#) sollte es auch unter Geltung dieser Bestimmung weiterhin unverÄndert dabei bleiben, daÄ der RentenversicherungstrÄger die Sachleistung in vollem Umfang schuldet und erbringt; die Bewilligung und DurchÄhrung der HeilmaÄnahme darf demgemÄÄ nicht von der Zuzahlung abhÄngig gemacht werden (BT-Drucks 2140, S 101). Auch die pflichtwidrige Nichtzahlung seines Kostenanteils durch den Versicherten erlaubt es damit dem VersicherungstrÄger nicht etwa, seiner Verschaffungspflicht Äberhaupt nicht, nicht vollstÄndig oder nur verspÄtet zu genÄgen. Erst mit der vollkostenfreien Zuwendung des bescheidmÄÄig Zuerkannten ist das VermÄgen des Versicherten im Widerspruch zur gesetzlichen Kostentragungsregel, also gesetzwidrig und damit ohne Rechtsgrund zu Lasten des RentenversicherungstrÄgers vermehrt, so daÄ in tatbestandlicher AbhÄngigkeit hiervon dessen Zuzahlungsanspruch entsteht; dieser Umstand steht aufgrund der ausdrÄcklichen ergÄnzenden Anordnung in [Â§ 32 Abs 5 SGB VI](#) auch der Annahme einer vollen Äbernahme der Rehabilitationsaufwendungen iS arbeitsrechtlicher Vorschriften (insbesondere des frÄheren [Â§ 7 Abs 1 Lohnfortzahlungsgesetz](#)) nicht entgegen (vgl entsprechend zur Erhaltung des Naturalleistungscharakters in der gesetzlichen Krankenversicherung trotz Zuzahlung BSG in [SozR 3-2500 Â§ 31 Nr 2 S 4 mwN](#)).

Diese Sachlage findet ihre BestÄrtigung darÄber hinaus auch in dem Begriff der rentenrechtlichen Rehabilitationsleistungen, wie er den einschÄgigen Bestimmungen des SGB einheitlich zugrunde liegt. Derartige Leistungen zeichnen sich nÄmlich bereits nach [Â§ 4 Abs 2 Satz 1 Nr 1, 23 Abs 1 Nr 1a SGB I](#) und ebenso nach [Â§ 9 Abs 1 SGB VI](#) stets durch die gemeinsame Funktion aus, den Auswirkungen von Krankheit und Ähnlichen ZustÄnden gerade zu dem Zweck zu begegnen, um hierdurch (zumindest mittelbar) einen positiven EinfluÄ auf die ErwerbsfÄhigkeit der Betroffenen auszuÄben. Eine derartige Wirkung kommt der Inanspruchnahme durch Zuzahlungen auch bei etwaiger "weiter Auslegung" nicht wenigstens denkbar zu; ebenso kann derartigen "Leistungen" auch kein "Vorrang vor Rentenleistungen" ([Â§ 9 Abs 1 Satz 2 SGB VI](#)) in dem rechtlichen Sinne zukommen, daÄ bereits das Entstehen von subjektiven Rentenrechten gehindert wird.

Einem derartigen VerstÄndnis steht der Umstand nicht entgegen, daÄ das SGB VI als Sechsten Titel des Zweiten Unterabschnitts ("Umfang und Ort der Leistungen") im Ersten Abschnitt ("Rehabilitation") des Zweiten Kapitels ("Leistungen") die "Zuzahlung bei medizinischen und sonstigen Leistungen" regelt. Schon sprachlich macht nÄmlich die "amtliche" (dh vom GesetzesbeschluÄ des Parlamentsgesetzgebers mitumfaÄte) Äberschrift dieses Titels selbst deutlich, daÄ an dieser Stelle gerade nicht unmittelbar die genannten Leistungen geregelt werden, sondern nur die "bei" ihrer Erbringung (dh in tatbestandlicher AnknÄpfung hieran) gesondert entstehenden AnsprÄche auf Zuzahlung. Das

Gesetz erweitert auf diese Weise nicht etwa den Begriff der in den vorangegangenen (Unter-)Abschnitten nach Voraussetzungen, Art, Umfang und Ort der Erbringung umschriebenen Leistungen, sondern regelt lediglich im Zuge eines mittelbaren sachlichen Zusammenhangs mit einem Teil dieser Leistungen (und gerade nicht aufgrund einer unmittelbaren rechtlichen Verbindung hiermit) im selben räumlichen Zusammenhang auch den gesonderten Zuzahlungsanspruch des Versicherungsträgers.

Schließlich kann ein abweichendes Ergebnis auch nicht der Neufassung von [Â§ 144 SGG](#) durch das Gesetz zur Entlastung der Rechtspflege (RPfEntlG) vom 11. Januar 1993 ([BGBl I S 50](#)) zum 1. März 1993 entnommen werden. Der bloße Umstand, daß das sozialgerichtliche Berufungsrecht dort in Abs 1 Nr 1 allerdings bereits aufgrund des Wortlauts in einen Zusammenhang eingebettet, der mit [Â§ 301 Abs 1 SGB VI](#) keinen erkennbaren Berührungspunkt aufweist, ebenfalls den Begriff der (Geld- oder Sach-)Leistung in Bezug nimmt und auf diese Weise eine (wenn auch minimal ausgeprägte) Teilidentität der Zeichenträger vorliegt, gibt für sich keinerlei Hinweis zumindest auf eine Vergleichbarkeit auch des damit Bezeichneten (dh des Begriffsinhalts selbst). Einer derartigen Annahme steht vielmehr bereits durchgreifend entgegen, daß die oberstgerichtliche Rechtsprechung seit jeher die Bedeutung des rein formellen Leistungsbegriffs ausschließlich dem Regelungszusammenhang der Bestimmung innerhalb des sozialgerichtlichen Verfahrensrechts entnommen hat (vgl BSGE 3, 234, 235 f; 5, 140, 141; [6, 47, 50](#); [30, 230, 232](#); [64, 233, 234 f](#)). Sie hat hieran auch unter Geltung des neuen Rechts festgehalten und ermittelt demgemäß dessen Bedeutungsgehalt gerade auch durch einen Vergleich mit der Vorgängerbestimmung (vgl [SozR 3-1500 Â§ 158 Nr 1 S 4](#)). Da demgemäß der zum 1. März 1993 in Kraft getretene [Â§ 144 SGG](#) seine Beschränkungswirkung hinsichtlich der Statthaftigkeit der Berufung unabhängig von Sachgebieten und Anspruchsarten (vgl Bernsdorff in Hennig, SGG, Stand: Mai 1997, [Â§ 144 SGG RdNr 2](#)) auf dem gesamten Bereich sozialgerichtlicher Rechtsprechungszuständigkeit entfaltet und dem RPfEntlG auch nicht andeutungsweise das Bestreben zu entnehmen ist, gerade den bei seinem Inkrafttreten längst verbindlichen Wortlaut von [Â§ 301 Abs 1 Satz 1 SGB VI](#) zu rezipieren, "authentisch" zu interpretieren oder zu modifizieren, kann der Vorschrift eine zusätzliche materielle Wirkung erkennbar nicht zukommen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 SGG](#).

Erstellt am: 27.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024