

Forum A

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe
– Diskussionsbeitrag Nr. 18/2011 –

03.08.2011

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – psychische Erkrankung LSG Sachsen-Anhalt, Beschl. v. 15.09.2010, L 1R 163/10 B ER

Von Diana Ramm, B. Sc. und Prof. Dr. Felix Welti

Die Erfolgsaussichten einer Rehabilitation hängen entscheidend davon ab, dass diese zum frühestmöglichen Zeitpunkt beginnt. Immer häufiger nutzen daher Rehabilitanden auch die Möglichkeiten des einstweiligen Rechtsschutzes, um nicht unter Umständen jahrelang auf die Rehabilitationsleistung warten zu müssen. Die Bedeutung des Faktors Zeit wird durch die vorliegende Entscheidung besonders betont. Gleichzeitig wird aufgezeigt, welche Bedeutung der RPK-Empfehlungsvereinbarung vom 29. September 2005 bei der Ermessensentscheidung des Rentenversicherungsträgers zwischen ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen zukommt.

Unsere Thesen

1. **Besteht die Gefahr einer Chronifizierung des Leidens, so ist hierin stets bereits eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit im Sinne des § 10 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI zu sehen.**
2. **Die Entscheidung, ob eine ambulante oder stationäre Psychotherapie zu bewilligen ist, steht im Ermessen des Rentenversicherungsträgers. Er hat jedoch die RPK-Empfehlungsvereinbarung vom 29. September 2005 zu berücksichtigen.**
3. **Laut der RPK-Empfehlungsvereinbarung können ambulante Therapien nur dann in Betracht kommen, wenn der Rehabilitand mobil ist und die Therapieeinrichtung in maximal 60 Minuten erreichen kann. Damit hat der Rehabilitationsträger auch die strukturellen Gegebenheiten am Wohnort des Rehabilitanden zu berücksichtigen.**
4. **Sind ambulante Therapieplätze am Wohnort des Betroffenen nicht oder nicht in ausreichendem Maße vorhanden und besteht die Gefahr, dass sich der Zustand des Rehabilitanden während der Wartezeit auf einen Therapieplatz verschlechtert, besteht ein Anspruch auf eine stationäre Therapie.**

I. Wesentliche Aussagen des Beschlusses

1. **Psychotherapien fallen in das Leistungsspektrum der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 15 I 1 SGB VI i. V. m. § 26 II Nr. 5 SGB IX). Der Rehabilitand hat nur Anspruch auf diese Leistung wenn er auch die persönlichen Voraussetzungen des § 10 I SGB VI erfüllt.**
2. **Eine drohende Chronifizierung erfordert den unverzüglichen Beginn einer ambulanten oder stationären Therapie.**
3. **Bei einer Ermessensentscheidung zwischen ambulanter und stationärer Therapie ist die RPK-Empfehlungsvereinbarung¹ vom 29. September 2005 zu berücksichtigen.**

II. Der Fall

Streitig zwischen der Rehabilitandin und dem Träger der Rentenversicherung ist eine Leistung zur Teilhabe in Form einer medizinischen Rehabilitation.

Die Rehabilitandin (geboren 1959) arbeitete als Vertriebsassistentin im Kundenmanagement und dabei vorwiegend an einem Bildschirmarbeitsplatz. Die Arbeitsstelle kündigte sie aufgrund ihrer familiären und beruflichen Belastungssituation und war ab Ende März 2009 arbeitsunfähig krankgeschrieben. In dem Befundbericht ihrer Hausärztin (Fachärztin für Allgemeinmedizin) vom 13. Mai 2009 wurden ihr eine endogene Depression und ein allgemeiner Erschöpfungszustand bescheinigt.

¹ RPK-Empfehlungsvereinbarung vom 29. September 2005 über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesagentur für Arbeit bei der Gewährung von Leistungen zur Teilhabe in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen.

Die Hausärztin empfahl einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beim zuständigen Rentenversicherungsträger zu stellen. Der Antrag vom 18. Mai 2009 wurde durch den Rentenversicherungsträger am 16. Juni 2009 abgelehnt, da die Rehabilitandin die persönlichen Voraussetzungen für eine Leistungspflicht des Rentenversicherungsträgers nicht erfülle.

Hiergegen legte die Rehabilitandin am 6. Juli 2009 Widerspruch ein, woraufhin der Rentenversicherungsträger am 4. September 2009 einen Befundbericht bei Dr. O. – Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in Auftrag gab. Laut dem Befundbericht litt die Rehabilitandin an einer mittelgradigen depressiven Episode und einer erheblichen Belastungssituation. Ein bei Dr. O. in Auftrag gegebenes Gutachten vom 1. Dezember 2009 weist aus, dass die Rehabilitandin an Anpassungsstörungen mit noch vorhandener depressiver Grundsymptomatik leidet. Sie befindet sich jedoch in regelmäßiger Behandlung bei Dr. O. und nimmt Medikamente ein. Ihre Konstitution habe sich insgesamt gebessert und sie sei durchaus bereit, wieder eine Tätigkeit aufzunehmen. Nach eigener Aussage der Rehabilitandin sei sie aber noch immer nicht ausreichend belastbar. Der Gutachter bescheinigte ihr eine Einsatzfähigkeit von drei bis unter sechs Stunden bei einfacher Arbeit ohne Leistungsdruck. In ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei sie nur unter zwei Stunden einsetzbar. **Laut dem Gutachten ist eine Psychotherapie unabdingbar. Hierzu wäre auch eine ambulante, wohnortnahe Therapie geeignet, wogegen die Rehabilitandin auch nichts einzuwenden hat.** Als problematisch empfindet sie jedoch die langen Wartezeiten auf einen Termin. **In seinem Gutachten weist Dr. O. ausdrücklich darauf hin, dass der sofortige Beginn einer ambulanten oder stationären Therapie bedeutsam ist, um eine Chronifizierung zu vermeiden.**

Gleichwohl wurde der Widerspruch der Re-

habilitandin am 9. Februar 2010 zurückgewiesen, mit dem Hinweis, dass eine ambulante Richtlinienpsychotherapie durchzuführen sei.

Gegen diesen Bescheid reichte die Rehabilitandin am 5. März 2010 Klage beim Sozialgericht (SG) Dessau-Roßlau ein. Das SG forderte während des Verfahrens Befundberichte der Hausärztin und des Gutachters O. an.

Um eine Chronifizierung, wie im Gutachten vom 1. Dezember 2009 dargestellt, zu vermeiden, beantragte die Rehabilitandin am 4. Mai 2010 eine Entscheidung im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes.

Am 7. Juni 2010 wurde der Rentenversicherungsträger vom SG Dessau-Roßlau verpflichtet, Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation zu gewähren. Hiergegen legte der Rentenversicherungsträger am 21. Juni 2010 Beschwerde beim Landessozialgericht (LSG) Sachsen-Anhalt ein.

III. Die Entscheidung

Das Landessozialgericht (LSG) Sachsen-Anhalt hat am 15. September 2010 entschieden, dass die Rehabilitandin im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzes Anspruch auf Neubescheidung ihres Antrages unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichtes hat. Das Gericht hat festgestellt, dass die Voraussetzungen für die beantragte Leistung zur medizinischen Rehabilitation vorliegen.

Die gesetzliche Rentenversicherung erbringt Leistungen zur Teilhabe insbesondere nur dann, wenn die persönlichen Voraussetzungen nach § 10 I SGB VI erfüllt sind. Das Gericht hält das Gutachten des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie (Dr. O.) für schlüssig und erkennt an, dass die **Antragstellerin in ihrer Erwerbsfähigkeit gemindert ist**. Es stellt ebenso heraus, dass zum Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bereits eine Gefährdung der

Erwerbsfähigkeit ausreiche. Eine Besserung des Gesundheitszustandes müsse nicht gleichzeitig bedeuten, dass wieder ein volles Leistungsfähigkeitsniveau erreicht werde. **Dem ausdrücklichen Hinweis auf eine Chronifizierung muss besonders Rechnung getragen werden.** Das LSG geht davon aus, dass eine Rehabilitationsmaßnahme eine Besserung beziehungsweise Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bewirken oder zumindest eine Verschlechterung verhindern kann. Es ist weiterhin davon überzeugt, dass das Ziel nach § 9 I 1 SGB VI, den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden, durch eine medizinische Rehabilitation erreicht werden kann. Gestützt wird diese Auffassung wiederum durch das Gutachten des Dr. O., der darin verankerten Erfolgsprognose und der positiven Motivation der Rehabilitandin. Eine Leistungsverpflichtung des Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung kann auch nicht auf Grundlage von § 13 II Nr. 1 SGB VI entfallen. Es kann bei der Rehabilitandin nicht davon ausgegangen werden, dass sie sich in einer Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit befindet. Sie ist medikamentös eingestellt und befindet sich in ständiger Behandlung. **Die dringend erforderliche Psychotherapie ist eine medizinische Rehabilitationsleistung im Sinne des § 15 I 1 SGB VI in Verbindung mit § 26 II Nr. 5 SGB IX.** Der Rentenversicherungsträger ist angehalten seine Entscheidung über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistung im Einzelfall und nach pflichtgemäßem Ermessen unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu treffen (§ 13 I 1 SGB VI). **Nach Auffassung des Gerichts ist der Ermessensspielraum des Rentenversicherungsträgers hier nicht auf eine bestimmte Maßnahme begrenzt.** Allerdings muss der Rentenversicherungs-

träger bei der Entscheidung zwischen ambulanter oder stationärer Therapie die Entscheidungskriterien aus der RPK-Empfehlungsvereinbarung vom 29. September 2005 berücksichtigen.

IV. Würdigung/Kritik

Laut angefordertem Gutachten vom 1. Dezember 2009 weist Dr. O. darauf hin, dass der unverzügliche Beginn einer Therapie nötig ist, um eine Chronifizierung zu vermeiden. Der zuständige Träger der Rentenversicherung hat verkannt, dass bei der Rehabilitandin schon dadurch mindestens eine Gefährdung der Erwerbsfähigkeit vorliegt. Mit Beschluss vom 13. September 2010 verpflichtet das Landessozialgericht Sachsen-Anhalt den Träger der Rentenversicherung zur Neubescheidung und stellt heraus, dass die persönlichen Voraussetzungen gegeben sind. Allein der lange Verfahrensgang dürfte sich nicht positiv auf die Genesung der Rehabilitandin ausgewirkt haben.

Die vom LSG zitierte RPK-Empfehlungsvereinbarung vom 29. September 2005 weist unter Punkt 2.4 Kriterien aus, die zur Entscheidungsfindung zwischen ambulanten und stationären Maßnahmen beitragen soll. Dabei wird auch auf die berufliche Integration Bezug genommen. Die Rehabilitandin ist seit dem 30. März 2009 ohne Beschäftigung. Laut der Empfehlungsvereinbarung setzt die

Entscheidung zwischen ambulanter oder stationärer Maßnahme „ausreichende Informationen über den Rehabilitanden, den aktuellen physischen und psychischen Zustand, den Verlauf der Erkrankung, seine Motivation und seine soziale Situation voraus.“ Insbesondere kommen ambulante medizinische Leistungen in Betracht, wenn unter anderem der Rehabilitand „beruflich (noch) ausreichend integriert“ ist und ausreichende Mobilität vorhanden ist. Stationäre medizinische Leistungen sollen unter anderem insbesondere dann geleistet werden, wenn der Rehabilitand beruflich nicht integriert ist und besondere Leistungen zur beruflichen Wiedereingliederung nötig sind. Ob dies der Fall ist, kann letztlich immer nur im Einzelfall entschieden werden. Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen setzt jedoch voraus, dass der Rehabilitand mobil und die Therapieeinrichtung in maximal 60 Minuten² zu erreichen ist. Derzeit stehen in Sachsen-Anhalt 24 Plätze in RPK für eine medizinisch-ambulante Therapie am Standort Halle zur Verfügung. Daher kann nicht von einem flächendeckenden Angebot „wohnortnaher Settings“³ ausgegangen werden.

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

² „RPK-Empfehlungsvereinbarung (S. 14, 2005); ebenso „Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei psychischen Störungen“ (S. 10, 2005).

³ Vgl. „Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit psychischen Störungen“ (S. 57, 2006).