

## Forum A

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe  
– Diskussionsbeitrag Nr. 28/2013 –

19.12.2013

### **Prüfungsumfang bei Anträgen auf Kinderrehabilitation** Anmerkung zu LSG Niedersachsen – Bremen vom 02.07.2012 – L 2 R 195/12 B ER –

*Von Dipl. iur. Maren Giese, Universität Bremen*

#### **I. Thesen der Autorin**

- 1. Um dem Ziel des Sozialgesetzbuches (SGB) IX gerecht zu werden, muss der Begriff der medizinischen Rehabilitation weit und funktional ausgelegt werden. So hängt der Erfolg der Rehabilitation insbesondere von einer zeitnahen Koordinierung und Umsetzung ab.**
- 2. Ein nach § 14 SGB IX zuständiger Leistungsträger hat Anträge umfassend und bedarfsorientiert zu prüfen. Die Prüfung ist weder auf den Wortlaut des Antrags noch auf die jeweiligen Leistungsgesetze des Trägers beschränkt.**

#### **II. Wesentliche Aussagen der Entscheidung**

- 1. Der Begriff der medizinischen Rehabilitation muss derart (weit) ausgelegt werden, dass alle medizinischen Maßnahmen erfasst werden, die funktional darauf ausgerichtet sind, Behinderungen und chronische Krank-**

- heiten zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder zu verhüten.**
- 2. Der nach § 14 SGB IX zuständige Leistungsträger hat alle in Betracht kommenden Rechtsgrundlagen zur Deckung des individuellen Bedarfs zu prüfen und hat ein nahtloses Ineinandergreifen der erforderlichen Leistungen und die mögliche Mitwirkung anderer Leistungsträger sicherzustellen.**

#### **III. Sachverhalt**

Der 1996 geborene Antragsteller (Ast.) machte wegen seiner schweren psychischen Beeinträchtigungen und lang andauernder Selbsttötungsgefahr im einstweiligen Rechtsschutz den Anspruch auf eine stationäre Kinderheilbehandlung geltend. Aufgrund verschiedener Verhaltensauffälligkeiten beantragten seine Eltern für ihn im September 2011 eine Kinderheilbehandlung als Rehabilitation gem. § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund. Diese leitete den Antrag umgehend an die Antragsgegnerin (Ag.), einen anderen Rentenversicherungs-

träger, bei dem der Vater gesetzlich rentenversichert ist, weiter. Diese lehnte den Antrag ab und verwies den Ast. auf eine Krankenbehandlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Widerspruchsverfahren wiesen die Eltern auf Wartezeiten für entsprechende Krankenbehandlungen von 12 bis 18 Monaten und die demgegenüber kurzfristig benötigte „professionelle intensive Hilfe“ hin. Die Ag. hielt dagegen, dass der Jugendliche angesichts der „Komplexität der gesundheitlichen Störungen“ für die Durchführung einer Kinderheilbehandlung nicht ausreichend belastbar sei. Nach erfolglosem Widerspruch legte der Ast. im Dezember 2011 Klage beim Sozialgericht (SG) Hannover ein.

Kurz darauf spitzte sich die Situation zu. Nach suizidalen Äußerungen, polizeilichen Großeinsätzen und zunehmend aggressivem Verhalten des Betroffenen beantragte dieser im Februar 2012 im vorläufigen Rechtsschutz Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation. Das SG lehnte den Antrag ab, da die Leistungspflicht der Ag. nach § 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB VI u. a. an der akuten Behandlungsbedürftigkeit des Ast. scheitere; die aktuell vorliegende Suizidalität mache vielmehr eine stationäre Therapie nötig; ein Warten auf einen solchen Therapieplatz begründe jedoch keine Leistungspflicht der Ag. nach dem SGB VI.

Die hiergegen eingelegte Beschwerde hatte Erfolg. Mangels gültiger fachärztlicher Feststellungen über den aktuellen Gesundheitszustand sah sich das Landessozialgericht (LSG) jedoch gehindert, die Ag. zu einer konkreten Maßnahme zu verpflichten. Das Gericht konnte nicht beurteilen, welche der in Betracht kommenden Maßnahmen die besten und nachhaltigsten Erfolgsaussichten haben würde. Die Ag. wurde daher verpflichtet, über den Antrag erneut zu entscheiden und hierzu die erforderlichen Feststellungen – insbesondere durch fachärztliches Gutachten – zeitnah zu treffen, und gegebenenfalls

umgehend einen geeigneten Klinikplatz zur Verfügung zu stellen.

Laut Einschätzung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie litt der Betroffene an vielfältigen psychischen Störungen wie etwa einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens. Wegen seiner Verhaltensauffälligkeiten war der Jugendliche mehrfach kurzfristig in klinischer Behandlung. Noch vor seiner Beschwerde drohte er erneut damit, sich selbst zu töten und nahm mit suizidaler Absicht in der Schule Pflanzenschutzmittel zu sich. Den Eltern war es trotz der offensichtlichen Dringlichkeit nicht gelungen, zeitnah auch nur einen Termin bei dem bislang ambulant behandelnden Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu erhalten. Auch ein Kinder- und Jugendpsychiater befürwortete eine vollstationäre Behandlung des verhaltensauffälligen Jugendlichen. Alternativ schlug er eine höher frequentierte ambulante Psychotherapie vor, die er selbst jedoch nicht leisten könne.

#### IV. Entscheidung

Das LSG<sup>1</sup> war zunächst der Ansicht, dass die bisherige Bearbeitung des Rehabilitationsantrags den gesetzlichen Vorgaben in wesentlicher Hinsicht nicht genügte. Zur Abwehr drohender schwerwiegender Gesundheitsgefährdungen hielt das LSG die einstweilige Anordnung für erforderlich und angemessen.

Unzweifelhaft war, dass der Antragsteller wegen seiner langjährigen seelischen Erkrankung behindert i. S. d. § 2 Abs. 1 SGB IX ist. Die begehrte Leistung war auf eine medizinische Rehabilitation i. S. d. §§ 4, 26 SGB IX gerichtet. Das Begehren beschränkte sich nicht auf den Wortlaut des Antrags, der hier auf eine stationäre Heilbehandlung von Kindern (§ 31 Abs. 1 Nr. 4

<sup>1</sup> LSG Niedersachsen – Bremen, Urt. v. 02.07.2012, L 2 R 195/12 B ER, juris.

SGB VI) abzielte. Vielmehr müsse der Leistungsträger gem. § 2 Abs. 2 Hs. 2 SGB I davon ausgehen, dass der Antragsteller die für ihn sinnvollste Art der Leistungsgewährung wolle.<sup>2</sup> Dies gelte insbesondere bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation, bei denen den Betroffenen oftmals der nötige Überblick fehle.

Aus diesem Grund dürfe die Ag. den Antrag nicht nur hinsichtlich ihrer eigenen Zuständigkeit überprüfen. Vielmehr sei die Ag. nach der fristgerechten Weiterleitung des Antrages als zweitangegangener Träger zuständig i. S. d. § 14 Abs. 2 SGB IX. Damit sei sie gem. § 10 SGB IX dafür verantwortlich, dass alle beteiligten Rehabilitationsträger zusammenarbeiten, der individuelle Bedarf funktionsbezogen festgestellt wird und die zusammengestellten Leistungen nahtlos ineinandergreifen. Hierbei erstrecke sich die Zuständigkeit auf alle für die Deckung des individuellen Bedarfs in Betracht kommenden Rechtsgrundlagen und nicht nur auf diejenigen, die sich aus dem Leistungsrecht des jeweiligen Rehabilitationsträgers ergeben. Demnach hätte die Ag. auch mögliche Rehabilitationsansprüche nach dem SGB V prüfen müssen. Eine Abweisung des Antrages war demnach nur zulässig, wenn unter keinem Gesichtspunkt ein medizinischer Rehabilitationsbedarf denkbar war. Der Gesetzgeber gehe nämlich von einem weiten Begriff der medizinischen Rehabilitation aus, sodass gem. § 26 Abs. 1 SGB IX alle medizinischen Maßnahmen erfasst sein sollen, die funktional u. a. darauf ausgerichtet sind, Behinderungen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern oder auszugleichen. So seien im Bereich des SGB IX gerade keine Einschränkungen wie für die Rentenversicherung in § 13 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB VI<sup>3</sup> vor-

gesehen.

Vielmehr würden erst nach einer weiten Auslegung des Rehabilitationsbegriffs die Ausschlussstatbestände des § 13 Abs. 2 SGB VI herangezogen, um die Aufgaben zwischen gesetzlicher Kranken- und Rentenversicherung abzugrenzen.<sup>4</sup> Dies führe hier dazu, dass für die Ag., die nach § 14 Abs. 2 SGB IX umfassend zuständig ist, etwaige Einschränkungen nach § 13 Abs. 2 SGB VI gegenüber dem Betroffenen nicht bestehen; solche Erwägungen könnten nur im Rahmen des Ausgleichsverfahrens gegenüber dem materiell eigentlich zuständigen Leistungsträger relevant sein. Im Interesse des behinderten Menschen solle eine zeitnahe und umfassende Rehabilitation durch nahtloses Ineinandergreifen aller notwendigen Maßnahmen sichergestellt werden.

Darüber hinaus führt das LSG aus, dass zwischen kurativer Behandlung und medizinischer Rehabilitation nicht strikt abgegrenzt werden könne; bei funktional ausgerichteten medizinischen Leistungen lasse sich nicht klar abgrenzen, wann sich eine Leistung als kurative Behandlung (i. S. d. biomedizinischen Krankheitsbildes) und wann als medizinische Rehabilitation (i. S. d. biopsychosozialen Modells)<sup>5</sup> qualifizieren lasse. Gerade psychische Erkrankungen müssten umfassend unter kurativen als auch unter rehabilitativen Gesichtspunkten behandelt werden.<sup>6</sup>

Überdies greift das Gericht zur Begriffsbestimmung auf die Verfahrensregeln des SGB IX zurück. Ein nach § 14 SGB IX zuständiger Rehabilitationsträger nehme seine Lotsen- und Gewährleistungsaufgabe nur dann hinreichend wahr und trage dem Anlie-

---

Krankenhausbehandlung erbracht (Nr. 2) werden soll.

<sup>4</sup> Vgl. dazu auch BSG, Urt. v. 06.05.1998, B 13 RJ 11/97 R, juris Rn. 25 ff., 42.

<sup>5</sup> Dazu detailliert LSG Niedersachsen – Bremen, Urt. v. 02.07.2012, L 2 R 195/12 B ER, juris, Rn. 44.

<sup>6</sup> Vgl. LSG Niedersachsen – Bremen, Urt. v. 02.07.2012, L 2 R 195/12 B ER, juris, Rn. 44–46.

<sup>2</sup> BSG, Urt. vom 10.10.1979, 3 RK 26/79, juris Rn. 19; BSG Urt. v. 29.11.2007, B 13 R 44/07 R, juris Rn. 22.

<sup>3</sup> So etwa keine Teilhabeleistungspflicht, wenn sie in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit (Nr. 1) oder anstelle einer

gen des SGB IX ausreichend Rechnung, wenn er dem Begehren des behinderten Menschen zeitnah und umfassend nachgeht und die für den Gesamterfolg der Rehabilitation notwendigen Bestandteile der medizinischen Heilbehandlung eben nicht ausschließt. So zeige der vorliegende Fall die Gefahren, die ein unkoordiniertes Zusammenwirken der Leistungsträger mit sich bringe.

## V. Würdigung/Kritik

Der Senat hat den Begriff der medizinischen Rehabilitation hier sehr weit ausgelegt; das Bundessozialgericht (BSG) interpretiert ihn für gewöhnlich eher restriktiv. So hat das BSG bei der Abgrenzung von Akutbehandlung und medizinischer Rehabilitation u. a. auf die Zielrichtung der konkret erbrachten Leistung abgestellt.<sup>7</sup>

Dagegen war bereits der Große Senat des BSG<sup>8</sup> zu der Auffassung gekommen, dass bei der Abgrenzung zwischen Krankenhausbehandlung und medizinischer Rehabilitation allein die medizinische Notwendigkeit ausschlaggebend ist.<sup>9</sup> Ferner sei zur Differenzierung auf die Art der Einrichtung, die Behandlungsmethode und gemäß § 107 SGB V auf das Hauptziel der Behandlung abzustellen.<sup>10</sup> Soziale Erwägungen oder familiäre Umstände seien demnach unbeachtlich.

Richtigerweise hat das LSG hier derartige Aspekte jedoch mit einbezogen. Der Gesetzgeber macht nämlich in § 26 Abs. 2 SGB IX deutlich, dass nicht nur ärztliche Leistungen von der medizinischen Rehabilitation umfasst sein sollen.<sup>11</sup> Vielmehr müssen derartige Leistungen losgelöst von gewöhnlichen Differenzierungen funktional darauf ausgerichtet sein, Behinderungen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder deren Verschlimmerung zu verhüten.<sup>12</sup> Eine strikte Trennung von kurativer Behandlung und medizinischer Rehabilitation ist also weder vom Gesetzgeber gewollt noch sinnvoll. Zum Beispiel ist bei psychischen Erkrankungen eine Therapie nur erfolgversprechend, wenn die Krankheiten umfassend behandelt werden, physiologische, psychische und soziale Vorgänge ineinandergreifen und die Rehabilitation gegebenenfalls schon während der Kuration beginnt („Rehabilitation des ersten Tages“<sup>13</sup>).<sup>14</sup> Dies hat auch der Gesetzgeber erkannt und in § 27 SGB IX klargestellt, dass die Ziele des § 26 Abs. 2 SGB IX und die Grundsätze des § 10 SGB IX (nahtloses Ineinandergreifen der erforderlichen Leistungen) für alle medizinisch orientierten Leistungen, einschließlich der Krankenbehandlung, gelten.<sup>15</sup> Dennoch bleibt eine Abgrenzung notwendig. Die hier befürwortete weniger strikte Abgrenzung ist vor dem Hintergrund des konkreten Falls zu sehen. Psychische Erkrankungen und damit verbundene seelische Behinderung stellen alle Beteiligten vor besondere Herausforderungen, die auch sonst im Teilhaberecht berücksichtigt werden.<sup>16</sup>

<sup>7</sup> BSG, Urt. v. 20.01.2005, B 3 KR 9/03 R, juris Rn. 20; BSG, Urt. v. 10.04.2008, B 3 KR 14/07 R, juris Rn. 19; SG Braunschweig, Urt. v. 17.03.2010, S 40 KR 87/05, juris Rn. 26; SG Hildesheim, Urt. v. 29.06.2010, S 14 R 473/08, juris Rn. 27; Deinert/Neumann – Bieritz-Harder, Handbuch SGB IX, § 10, Rn. 46 ff.

<sup>8</sup> BSG, Urt. v. 25.09.2007, GS 1/06, BSGE 99, 111.

<sup>9</sup> BSG, Urt. v. 25.09.2007, GS 1/06, juris Rn. 15 ff.

<sup>10</sup> BSG, Urt. v. 20.01.2005, B 3 KR 9/03 R, juris Rn. 20; BSG, Urt. v. 10.04.2008, B 3 KR 14/07 R, juris Rn. 19; SG Braunschweig, Urt. v. 17.03.2010, S 40 KR 87/05, juris Rn. 26; SG Hildesheim, Urt. v. 29.06.2010, S 14 R 473/08, juris Rn. 27; Deinert/Neumann – Bieritz-Harder, Handbuch SGB IX, § 10, Rn. 46 ff.

<sup>11</sup> BT-Drucks. 14/5074, S. 106 f.

<sup>12</sup> LSG Niedersachsen – Bremen, Urt. v. 02.07.2012 – L 2 R 195/12 B ER, juris Rn. 35 ff.

<sup>13</sup> Siehe Liebig in LPK-SGB IX, § 27, Rn. 5.

<sup>14</sup> LSG Niedersachsen – Bremen, Urt. v. 02.07.2012 – L 2 R 195/12 B ER, juris Rn. 44; BT-Drucks. 14/5074, S. 107 f.; Nellissen in: jurisPK-SGB IX, § 27, Rn. 7.

<sup>15</sup> BT-Drucks. 14/5074, S. 107 f.

<sup>16</sup> Vergleiche beispielsweise § 102 Abs. 2 S. 4 und 5 sowie § 109 Abs. 4 SGB IX, in denen den

Zutreffend hält das LSG den Einwand der Ag., nicht zuständig zu sein, für unzutreffend. Diese war der nach § 14 Abs. 2 SGB IX zuständige Rehabilitationsträger und darum verpflichtet, für eine möglichst zeitnahe und umfassende Leistung zu sorgen.<sup>17</sup> Daher ist ein nach § 14 Abs. 2 SGB IX zuständiger Rehabilitationsträger nicht auf das jeweilige Leistungsgesetz begrenzt, sondern hat alle möglichen Rechtsgrundlagen zur Deckung des Bedarfs zu prüfen.<sup>18</sup> Das Gericht hebt so die Strukturverantwortung der Rehabilitationsträger hervor und erschwert es diesen, ihrer Zuständigkeit durch den Verweis auf fehlende Kapazitäten oder etwaige Ausnahmen wie in § 13 Abs. 2 SGB VI zu entgehen.<sup>19</sup> Aufgrund dieser Verantwortung muss der zuständige Rehabilitationsträger gegebenenfalls auch eine medizinische Behandlung sicherstellen, um eine

umfassende Teilhabesicherung zu gewährleisten. Das Gericht hebt zutreffend die Funktion der Koordinierung (§§ 10, 14 SGB IX) hervor.<sup>20</sup> Es wäre also die Pflicht der Ag. gewesen, sich mit der letztlich möglicherweise zuständigen Krankenkasse im Innenverhältnis abzustimmen. Derartige Abläufe können jedenfalls nicht zulasten der Betroffenen ausgeklammert werden.<sup>21</sup> Nur so kann gewährleistet werden, dass die Betroffenen die benötigten Rehabilitationsleistungen möglichst zeitnah und nahtlos erhalten.

---

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

---

---

besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter Menschen Rechnung getragen wird.

<sup>17</sup> BT-Drucks. 14/5074, S. 102.

<sup>18</sup> Welti in HK-SGB IX, § 14, Rn. 34 ff.; Luik in: jurisPK-SGB IX, § 14, Rn. 4; Gagel, „Zur umfassenden Prüfungs- und Bearbeitungspflicht als Folge der besonderen Zuständigkeitsregelung in § 14 SGB IX –Teil II“ in: Diskussionsforum A, Beitrag 3/2009 unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de); BSG, Urt. v. 21.08.2008, B 13 R 33/07 R, juris Rn. 30, 37; LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 02.07.2012, L 2 R 195/12 B ER, juris Rn. 30 ff.

<sup>19</sup> LSG Niedersachsen – Bremen, Urt. v. 02.07.2012 – L 2 R 195/12 B ER, juris Rn. 40.

---

<sup>20</sup> LSG Niedersachsen – Bremen, Urt. v. 02.07.2012 – L 2 R 195/12 B ER, juris Rn. 47 ff.; BT-Drucks. 14/5074, S. 102.

<sup>21</sup> LSG Niedersachsen – Bremen, Urt. v. 02.07.2012 – L 2 R 195/12 B ER, juris Rn. 49.