

## Forum A

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe  
– Diskussionsbeitrag Nr. 19/2012 –

30.08.2012

### Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche durch die gesetzliche Rentenversicherung

Anmerkung zu LSG Halle, Urt. v. 23.6.2011 – L 1 R 397/09 –

Von Rechtsanwalt Dr. Thomas P. Stähler, Frankfurt am Main

#### I. Ausgangslage

Die Erbringung von Leistungen nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI (stationäre Heilbehandlung für Kinder) steht im Ermessen des Leistungsträgers.<sup>1</sup>

Die Verpflichtung zum Erlass eines bestimmten Verwaltungsaktes ist bei einem Ermessensspielraum nur möglich, wenn das Ermessen ausschließlich in einem bestimmten Sinne ausgeübt werden kann und jede andere Entscheidung fehlerhaft wäre.

#### II. Sachverhalt und Entscheidungsgründe

Der Rentenversicherungsträger lehnte mit Bescheid vom 30. Mai 2007 den über ihren (gesetzlich rentenversicherten) Vater gestellten Antrag der Klägerin auf Kinderheilbehandlung ab und begründete die Ablehnung damit, dass geeignete Maßnahme – statt-

dessen – eine ambulante logopädische Behandlung am Wohnort der Klägerin sei. Hiergegen legte die Klägerin erfolglos Widerspruch ein. Im anschließenden Gerichtsverfahren verurteilte das Sozialgericht (SG) Magdeburg die Beklagte (DRV Mitteldeutschland) unter Aufhebung entgegenstehender Bescheide, der Klägerin eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation in Form einer „Sprachheilkur“ zu gewähren, da ausweislich der im Verwaltungsverfahren beigebrachten und im Gerichtsverfahren eingeholten Befundberichte und Stellungnahmen die Voraussetzungen des § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI vorlägen. Zwar stehe die Leistungsentscheidung im Ermessen der Beklagten („Als sonstige Leistungen zur Teilhabe können erbracht werden:...“), jedoch liege hier ein Fall der so genannten Ermessensreduktion auf Null vor. Einer entsprechenden Verpflichtung der Beklagten stehe auch nicht § 2 KiHB-Richtlinien (Gemeinsame Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI für Kinderheilbehandlungen<sup>2</sup>)

<sup>1</sup> Bei diesem Beitrag handelt es sich um eine Zweitveröffentlichung der Anmerkung „Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche durch die gesetzliche Rentenversicherung“ des Autors aus der WzS 2012, S. 23 ff.

<sup>2</sup> Einzelheiten bei Cibis/Stähler, Umfang und Bedeutung der Neufassung der Gemeinsamen

entgegen, denn jedenfalls habe die Fähigkeit zu sprechen Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit im Sinne der vorgenannten Richtlinienbestimmung. Zutreffend weist das Sozialgericht außerdem darauf hin, dass die Verwendung des Worts „insbesondere“ in § 2 Abs. 1 Satz 2 K1HB-Richtlinien bei der Aufzählung von (insgesamt elf) wesentlichen für Kinderheilbehandlungen in Betracht kommenden Erkrankungen nicht abschließend sei.

Die gegen diese erstinstanzliche Entscheidung eingelegte Berufung der Beklagten hat lediglich insoweit Erfolg, als diese wegen des ihr eingeräumten Ermessens nur zu verpflichten ist, über den Antrag der Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. Es könne von Seiten des Gerichts nämlich nicht ausgeschlossen werden, dass die Beklagte eine gleichgerichtete Maßnahme unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit (§ 13 Abs. 1 Satz 1 SGB VI: „...sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen“) in einer anderen als der klägerseitig präferierten stationären Einrichtung unter Umständen kostengünstiger erbringen kann. Die Beklagte sei jedoch an die Feststellung des Gerichts gebunden, dass die tatbestandlichen Voraussetzungen für die beantragte Leistung zur medizinischen Rehabilitation vorliegen. Außerdem stehe für die Beklagte bindend fest, dass eine stationäre Maßnahme für die Klägerin notwendig und erforderlich ist. (Revision ist mangels Vorliegens von Gründen nach § 160 Abs. 2 Nr. 1, 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG – nicht zugelassen.)

Rechtsgrundlage für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen durch die gesetzliche Rentenversicherung (als soge-

---

Richtlinien für die medizinische Rehabilitation bei Kindern – KiHB-Richtlinien – durch die gesetzliche Rentenversicherung im Rahmen der Sonstigen Leistungen nach § 31 SGB VI, DRV 1999, S. 27 ff.

nannte „Kann-“ bzw. Ermessensleistungen) ist die Bestimmung des § 31 SGB VI. Nach dessen Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 erbringt die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) als sonstige Leistungen zur Rehabilitation stationäre Heilbehandlungen für Kinder von Versicherten (sowie von Beziehern einer Rente wegen Alters oder wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und für Bezieher einer Waisenrente), soweit die Versicherten selbst die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 11 SGB VI) erfüllen. Die entsprechenden Rehabilitationsleistungen erbringt die Rentenversicherung für Kinder und Jugendliche, bei denen voraussichtlich (mithin prognostisch betrachtet) eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann (persönliche Voraussetzungen; vgl. auch § 10 Abs. 1 SGB VI). Weitere Leistungsvoraussetzung ist nach § 2 Abs. 1 der – auf Grundlage von § 31 Abs. 2 Satz 2 SGB VI erlassenen – KiHB-Richtlinien, dass die Erbringung der Leistung „Kinderheilbehandlung“ Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit haben kann. Im Rahmen der so genannten Selbstbindung der Verwaltung haben die Vorgaben in den Richtlinien (im Sinne von Verwaltungsvorschriften<sup>3</sup>) Verbindlichkeitscharakter für den jeweiligen Rentenversicherungsträger.

Die vom Landessozialgericht Halle in vorliegendem Verfahren durch gesonderten Beschluss vorgenommene Beiladung der DAK (nach § 75 Abs. 1 Satz 1 SGG) im Übrigen ist vor dem Hintergrund sinnvoll und findet seine Erklärung darin, dass für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche eine gleichrangige Zuständigkeit von Rentenversicherung (nach § 31 SGB VI) und Krankenversicherung (nach § 40 SGB V; überdies

---

<sup>3</sup> Vgl. dazu z. B. unlängst VG Frankfurt, Urt. v. 12.01.2011 – 1 K 1931/10.F.

nach § 23 SGB V zuständig für medizinische Vorsorgeleistungen) gegeben ist. Von der Möglichkeit eigener Antragstellung nach § 75 Abs. 4 SGG hatte die beigeladene Krankenkasse vorliegend keinen Gebrauch gemacht.

In seinen Entscheidungsgründen nimmt das LSG nicht zuletzt auch auf das Gemeinsame Rahmenkonzept der Gesetzlichen Krankenkassen und der Gesetzlichen Rentenversicherung für die Durchführung stationärer medizinischer Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche (Hrsg. BAR, 2008, vor allem S. 13 ff.) Bezug<sup>4</sup>. Unter weiterer Bezugnahme auf die Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit psychischen Störungen (Hrsg. DRV Bund, 2006, S. 56, 60 f.) weist das Gericht überdies darauf hin, dass konkret bei der gutachterlich diagnostizierten leichten Intelligenzminderung der Klägerin durchaus bei adäquater Förderung eine zeitlich uneingeschränkte Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt – und nicht nur, wie von der Beklagten behauptet, eine Erwerbstätigkeit in einem „beschützenden Rahmen“ (d. h. auf dem sogenannten besonderen Arbeitsmarkt, so im Arbeitsbereich einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen nach §§ 39 ff., 136 ff. SGB IX) – erreicht werden könne. Es sei daher auch eine früh einsetzende Förderung nötig, um eine spätere Erwerbstätigkeit (ergänzend: möglichst sozialversicherungspflichtige Tätigkeit mit der Konsequenz der Abführung auch von Rentenversicherungsbeiträgen an die GRV) auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu sichern.

---

<sup>4</sup> Vgl. zudem Rahmenkonzept und indikations-spezifische Konzepte – u. a. bei der Indikation Adipositas mit Folgestörungen – zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in der gesetzlichen Rentenversicherung, Hrsg. VDR, 1998.

### III. Resümee und Ausblick

Vorliegende LSG-Entscheidung verdient Beachtung vor allem auch vor dem Hintergrund der vom Gericht zu Recht mit in die Betrachtung und Beurteilung einbezogenen Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF<sup>5</sup>), mit der in standardisierter Form eine Systematik zur Beschreibung von Gesundheit und mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen zur Verfügung gestellt und mit der nicht zuletzt auch eine Darstellung von aus vorliegenden Schädigungen des Körpers und Beeinträchtigungen der Funktionen resultierenden Auswirkungen auf persönliche Aktivitäten und das Eingebundensein in das gesellschaftliche Leben (Teilhabe/Partizipation) ermöglicht wird. Auch die UN-Behindertenrechtskonvention (Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen<sup>6</sup>) stärkt zusätzlich den Blick auf die Wechselwirkung von Beeinträchtigungen mit verschiedenen Barrieren, die den einzelnen Menschen an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.

Obgleich nicht ausdrücklich in der Entscheidung erwähnt, ist schließlich auch die vom Gesetzgeber mit dem SGB IX in den Fokus genommene Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (nach § 1 Satz 2 SGB IX unter Berücksichtigung gerade auch der besonderen Bedürfnisse behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder) vom Berufungsgericht gedanklich mit einbezogen, vom beklagten Rentenversicherungsträger allerdings offenkundig in seiner Bedeutung verkannt worden.

Letzteres überrascht, da die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen einen wichti-

---

<sup>5</sup> Vgl. dazu ICF-Praxisleitfaden 1–3, Hrsg. BAR, 2006, 2008, 2010; Reha-Info 5/2011, S. 1 ff.

<sup>6</sup> BGBl. II 2008, S. 1419 ff.

gen Leistungsbereich der gesetzlichen Rentenversicherung darstellt – gerade in Anbetracht dessen, dass die im Kindes- und Jugendalter auftretenden chronischen Erkrankungen bzw. Krankheitsfolgen häufig im Erwachsenenalter bestehen bleiben und dann auch die spätere Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben gefährden oder beeinträchtigen können (z. B. bei Wirbelsäulenverbiegungen, Erkrankungen der Atmungsorgane, Diabetes mellitus). Ein langfristiger Therapieerfolg ist dementsprechend für die gesetzliche Rentenversicherung als Rehabilitationsträger insbesondere im Hinblick auf die bestmöglichen Voraussetzungen für eine spätere Erwerbsfähigkeit von Bedeutung<sup>7</sup>.

Dies gilt umso mehr als in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme bei den meisten chronischen psychischen und körperlichen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter zu verzeichnen ist, sodass der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation schon deshalb eine zunehmend große Bedeutung zukommt. Erforderlich ist daher auch eine frühzeitige Diagnostik und multimodale Intervention im Kindes- und Jugendalter, um einer

Chronifizierung angemessen entgegenwirken zu können.<sup>8</sup>

In finanzieller Hinsicht ist für die gesetzliche Rentenversicherung aber auch auf folgende grundlegende Problematik hinzuweisen: Zunehmend stößt die GRV in Bezug auf die Erbringung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe im Allgemeinen (siehe § 220 SGB VI) und dadurch bedingt hinsichtlich stationärer Heilbehandlungen für Kinder und Jugendliche (siehe § 31 Abs. 3 SGB VI) an ihre durch das Reha-Budget („Reha-Deckel“) gesetzten finanziellen Grenzen. Dieser Umstand hatte nicht zuletzt die DRV Bund veranlasst, eine Anregung gegenüber dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales zur Anpassung des Reha-Budgets bzw. Anhebung des so genannten Reha-Deckels vorzutragen, um damit einen größeren finanziellen Spielraum für die Leistungserbringung zu erhalten.

---

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

---

---

<sup>7</sup> Siehe Cibis/Hüller, Anmerkungen zur geplanten Zuständigkeitsverlagerung der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen von der gesetzlichen Rentenversicherung auf die gesetzliche Krankenversicherung, DRV 1997, S. 543, 545.

---

<sup>8</sup> Näheres u. a. bei Widera u. a., Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation – Versorgung und Versorgungsqualität, RVaktuell 2011, S. 20 ff.; Petermann u. a., Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, Rehabilitation 2006, S. 1 ff.; Aster-Schenck u. a., Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in der Angestelltenversicherung, DAngVers 2001, S.408 ff.; Bauer, Entwicklung der Rehabilitation in den letzten Jahren – Kinderrehabilitation, DRV 2000, S.460 ff.