

Forum A

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe
– Diskussionsbeitrag Nr. 26/2012 –

20.11.2012

Gesetzliche Rentenversicherung – Kinderrehabilitation Anmerkung zu SG Fulda, Gerichtsbescheid v. 21.02.2011 – S 1 R 352/08

Von Diana Ramm, M. A., Dipl. jur. Manuela Willig, M. mel. und Prof. Dr. Felix Welti

Die Rechtsverbindlichkeit von untergesetzlichen Regelungen war bereits Gegenstand von Beiträgen im Diskussionsforum.¹ Im vorliegenden Fall hatte sich das Sozialgericht (SG) Fulda mit der Frage zu befassen, ob durch die Kinderheilbehandlungs-Richtlinien (KiHB-Richtlinien) weitere Voraussetzungen aufgestellt werden dürfen, die den Anspruch auf eine Kinderrehabilitation (§ 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB VI) gegen den Rentenversicherungsträger (RV-Träger) einschränken.

I. Thesen der Autoren

1. Ein Anspruch auf Leistungen der Kinderrehabilitation setzt gesetzlich nicht voraus, dass die spätere Erwerbsfähigkeit des Betroffenen beeinflusst werden kann.
2. Die Formulierung „und dies Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit haben kann“ in § 2 Abs. 1 S. 1 KiHB-Richtlinien sollte gestrichen werden.

II. Wesentliche Aussagen des Gerichtsbescheides

1. Die zusätzliche Fokussierung auf die spätere Erwerbsfähigkeit in § 2 Abs. 1 S. 1 KiHB-Richtlinien ist unwirksam.
2. Behinderte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene können einen Anspruch auf medizinische Rehabilitation der RV-Träger haben, auch wenn ihre Erwerbsfähigkeit wahrscheinlich nicht wiederhergestellt werden kann.

III. Der Fall

Die im Jahr 1986 geborene Klägerin erlitt im April 2004 infolge eines Narkosezwischenfalls eine schwere hypoxische Hirnschädigung, die zu einem ausgeprägten Psychosyndrom mit hoher Agitation, Harn- und Stuhlinkontinenz und schweren motorischen sowie kognitiven Funktionseinschränkungen (Anarthrie, Apraxie) führte. Nach der Behandlung in einer neurologischen Klinik wurde die Klägerin in ein neurologisches Rehabilitationszentrum eines Jugendwerkes verlegt. Durch die etwa einjährige neurologische Rehabilitation (11. April 2006 bis 1. Juni

¹ Vgl. hierzu nur Nebe, Beitrag C11-2011 unter www.reha-recht.de.

2007) konnten die Funktionseinschränkungen anhaltend vermindert werden.

Am 22. Mai 2007 beantragte die Klägerin Leistungen nach § 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB VI (Kinderheilbehandlung) beim zuständigen Träger der Rentenversicherung. Dieser lehnte den Antrag ab. Der Widerspruch blieb erfolglos, da der RV-Träger nach Einholung eines neurologischen und psychiatrischen Gutachtens das Vorliegen der Voraussetzungen des § 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB VI verneinte. Die Klägerin befand sich zwischen der Antragstellung im Mai 2007 und der Klageerhebung im Dezember 2008 in weiterer klinischer Behandlung. Am 19. Dezember 2008 erhob die Klägerin Klage vor dem Sozialgericht Fulda.

IV. Die Entscheidung

Das SG Fulda entschied durch Gerichtsbescheid, dass die Klägerin Anspruch auf die beantragten Leistungen der Kinderrehabilitation gegen den beklagten RV-Träger hat.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (§ 31 Abs. 2 S. 1 SGB VI) werden durch die Mutter der Klägerin als Versicherte erfüllt. Stationäre Heilbehandlung für Kinder von Versicherten wird erbracht, „wenn hierdurch voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann“ (§ 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB VI). Dies bejahte das SG Fulda für die Klägerin. Gestützt wird diese Annahme durch den Abschlussbericht des Jugendwerkes und die Berichte weiterer behandelnder Kliniken. Danach ist das Rehabilitationspotenzial der Klägerin noch nicht voll ausgeschöpft. Des Weiteren war auch der von der beklagten RV beauftragte Gutachter zusammenfassend zu dem Ergebnis gekommen, dass die Rehabilitationsaussichten prognostisch noch günstig und alle Möglichkeiten einer neuropsychologischen Behandlung in Betracht zu ziehen seien.

Für den beklagten RV-Träger war das zentrale Argument für die Ablehnung, dass eine spätere Erwerbsfähigkeit nicht mehr zu erreichen sei. Hierbei stützte er sich auf die Gemeinsamen Richtlinien der Träger der RV nach § 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB VI für Kinderheilbehandlungen vom 5. September 1991 (in der Fassung vom 26. Februar 1997, sog. KiHB-Richtlinien), auf Grund derer die Leistungen zur Kinderrehabilitation erbracht werden (§ 31 Abs. 2 S. 2 SGB VI).

§ 2 Abs. 1 S. 1 KiHB-Richtlinien ergänzt den Wortlaut von § 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB VI „wenn hierdurch voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann“ um das Erfordernis eines (positiven) Einflusses auf die spätere Erwerbsfähigkeit.

Dieser Argumentation des RV-Trägers trat das SG Fulda entgegen. Mit Verweis auf die Rechtsprechung des BSG² wies es darauf hin, dass Richtlinien als untergesetzliche Rechtsnormen am Maßstab des Gesetzesrechts zu prüfen sind. In diesem Fall wirke der auf die Erwerbsfähigkeit ausgerichtete Zusatz einschränkend und nehme bestimmte Kinder von § 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB VI aus. § 2 Abs. 1 S. 1 KiHB-Richtlinien sei insofern als Verstoß gegen die höherrangige Norm § 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB VI unwirksam. Es sei daher nicht relevant, ob die begehrtten Leistungen Einfluss auf die zukünftige Erwerbsfähigkeit haben.

Der Anspruch scheitere auch nicht an § 15 Abs. 1 S. 1 SGB VI, da die 1986 geborene Klägerin nicht zu dem Personenkreis zu zählen ist, der Anspruch auf Leistungen der Früherkennung und Frühförderung hat (§ 26 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX; § 30 SGB IX).

² BSG, Urt. v. 01.09.2005 – B 3 KR 3/04 R – NZS 2006, 485 ff.

V. Würdigung/Kritik

Die RV-Träger werden im Allgemeinen vor allem als Rehabilitationsträger für ältere Erwerbstätige wahrgenommen. Sie erbringen jedoch auch in erheblichem Umfang stationäre Heilbehandlung für Kinder als sonstige Leistung zur Teilhabe (§ 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB VI; Kinderrehabilitation).³

Leistungen der Kinderrehabilitation werden an nicht-versicherte Kinder erbracht. Sie haben ihre Grundlage in dem Versicherungsverhältnis einer anderen Person (meist Elternteil),⁴ es handelt sich sozusagen um eine Leistung zugunsten Dritter. Voraussetzung einer solchen Leistung ist, dass das „Kind“ zu dem Personenkreis gehört, für den die Leistung erbracht wird (sog. Anspruchsbeziehung) und der „eigentliche“ Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die medizinische Rehabilitation erfüllt (§§ 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 4, Abs. 2 S. 1 a. E. SGB VI). Diese Voraussetzungen lagen im vorliegenden Fall unbestritten vor.⁵

Der Anspruch auf Kinderrehabilitation setzt weiter voraus, dass ein bestimmtes Ziel erreicht werden kann. Das SG Fulda warf hier zu Recht die Frage auf, ob zwischen dem Wortlaut des § 31 Abs. 1 S. 1 a. E. SGB VI und § 2 Abs. 1 S. 1 KiHB-Richtlinien ein Widerspruch besteht: Während der Gesetzeswortlaut auf die Besserung und Wiederher-

stellung der Gesundheit abstellt, verlangen die Richtlinien zusätzlich einen positiven Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit des betroffenen Kindes. Eine untergesetzliche Regelung wie § 2 Abs. 1 S. 1 KiHB-Richtlinien ist, wie das SG Fulda richtig ausführt, unwirksam, wenn sie gegen höherrangiges Recht verstößt.⁶ Der Richtliniengeber muss sich im Rahmen der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage halten, er darf gesetzliche Rechtspositionen nicht verkürzen⁷, indem er z. B. zusätzliche Anspruchsvoraussetzungen aufstellt. Das SG Fulda hat daher geprüft, ob der Bezug auf die Erwerbsfähigkeit der Norm immanent ist (sodass kein Widerspruch vorliegen würde).

Das SG Fulda führte als Argument hiergegen an, dass der Gesetzgeber im Hinblick nur für andere Leistungen des § 31 Abs. 1 S. 1 SGB VI einen expliziten Bezug zur Erwerbsfähigkeit hergestellt habe und verneinte daher eine Immanenz. Dies ist in der Literatur auf Kritik gestoßen. Es wird eingewandt, dass sich das Erfordernis der positiven Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit aus §§ 9 und 10 SGB VI⁸ ergebe. Der Richtliniengeber bewege sich daher im Rahmen seines Handlungsspielraums.⁹ Dahinter steht der Gedanke, dass die RV Leistungen zur Teilhabe nur erbringt, soweit dies ihrem „eigentlichen“ Versicherungszweck dient.¹⁰

³ Ihr Anteil an den Rehabilitationsleistungen der RV liegt bei etwa 4 %, vgl. hierzu DRV Reha-Bericht 2012, S. 25, Tab. 2, aktuell im Jahr 2010 lag ihr Anteil bei 3 %.

⁴ Kater in KassKomm, § 31 SGB VI Rn. 24.

⁵ Insbesondere erfüllte die Klägerin, die zum Zeitpunkt des Narkoseunfalls bereits über 18 Jahre alt war, wohl auch die Voraussetzungen gemäß § 3 Abs. 3 KiHB-Richtlinien. Danach erhalten Personen als „Kinder“ über die Volljährigkeit hinaus bis maximal zur Vollendung des 27. Lebensjahrs Leistungen der Kinderrehabilitation, wenn sie sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden, ein anerkanntes freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr ableisten oder aufgrund ihrer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung nicht in der Lage sind, sich selbst zu unterhalten.

⁶ BSG, NZS 2006, S. 485 ff.

⁷ Maurer, Allgemeines Verwaltungsrecht, 18. A., Rn. 16 f.

⁸ Gem. § 9 Abs. 1 S. 1 SGB VI erbringt die RV Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen, um erstens den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und zweitens dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern.

⁹ Haack in: jurisPK-SGB VI, § 31, Rn. 32.1.

¹⁰ Falterbaum in Luth: Rehabilitationsrecht, Teil 3 Kap. D, S. 434 Rn. 2.

Dieser besteht darin, Rentenleistungen im Alter für die Versicherten und ihre Hinterbliebenen sicherzustellen. Da die Versicherten diese Renten durch ihre Beitragszahlungen während ihrer Erwerbstätigkeit quasi selbst erwirtschaften müssen, erbringt die RV auch Leistungen, die dazu dienen, die dauerhafte Erwerbsfähigkeit des Versicherten zu sichern.¹¹ Diese Argumentation verkennt jedoch die besondere Stellung der Kinderrehabilitation im Leistungsspektrum der RV. Schlüssel zum Verständnis ist eine historische Betrachtung: Mit dem Rentenreformgesetz 1992 sollte den RV-Trägern auch weiterhin ermöglicht werden, Kinderrehabilitation unter denselben Voraussetzungen und in demselben Umfang zu erbringen wie unter Geltung von § 1305 Reichsversicherungsordnung (RVO). § 1305 Abs. 1 S. 1 RVO in der bis dahin geltenden Fassung¹² sah vor, dass die Träger der RV Mittel der Versicherung aufwenden können, um allgemeine Maßnahmen oder Einzelmaßnahmen zur Erhaltung oder zur Erlangung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten und ihrer Angehörigen [...] zu fördern oder durchzuführen. Nach S. 2 (1. HS.) konnten Kinderheilbehandlungen (sowie Nach- und Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen) für Angehörige von Versicherten erbracht werden, wenn hierdurch eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden konnten. Auch hier fand sich damit bereits die unterschiedliche Anknüpfung, die das SG Fulda auch bei § 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 und Nr. 4 feststellte: Für Leistungen der Kinderrehabilitation nach § 1305 Abs. 1 S. 2 RVO war die Gesundheit Anknüpfungspunkt, für Leistungen nach § 1305 Abs. 1 S. 1, 1. Alt RVO die Erwerbsfähigkeit. Dieses Verhältnis zwi-

schen den Leistungen lässt sich in § 31 Abs. 1 S. 1 SGB VI in dieser Form nicht mehr entnehmen, da Leistungen nach § 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und 2 SGB VI nur an Versicherte selbst, jedoch nicht an deren Angehörige geleistet werden können. Lediglich diese Leistungen knüpfen aber an Erwerbsfähigkeit an. Dies korrespondiert mit der Erklärung, die Bergner et al. für den Verzicht auf das Erfordernis der Erwerbsfähigkeit bei der Kinderrehabilitation gaben: Leistungen nach § 1305 Abs. 1 S. 2 RVO könnten ausschließlich an Angehörige von Versicherten erbracht werden, die in eigener Person die Voraussetzungen für Leistungen zur Rehabilitation durch die RV nicht erfüllen, sodass sich die Frage der Erwerbsfähigkeit in dieser Form nicht stellen könne.¹³ Dies wurde, soweit ersichtlich, weder in der Literatur noch in der Rechtsprechung bestritten¹⁴. Auch Hinweise darauf, dass § 1305 RVO in der Fassung vom 4. November 1982 die Kinderrehabilitation lediglich unter denselben Voraussetzungen ermöglichen sollte, unter denen auch die Versicherten selbst Leistungen zur Rehabilitation erhielten, wie von Kritikern des SG Fulda vorgebracht wurde¹⁵, finden sich weder im Gesetzestext noch in den Kommentierungen. Grund hierfür wird sein, dass bis zum Inkrafttreten des Rehabilitationsangleichungsgesetzes (RehaAnglG)¹⁶ am 1. Oktober 1974 die Krankenkassen keine Träger der Rehabilitation waren und daher auch keine Kinderrehabilitation erbringen konnten.¹⁷ Hätte der Gesetzgeber die Leistungen der Kinderrehabilitation in der gesetz-

¹¹ Falterbaum in Luthé: Rehabilitationsrecht, Teil 3 Kap. D, S. 434 Rn. 2.

¹² § 1305 RVO i. d. F. d. Art. II § 3 Nr. 15 Gesetz v. 04.11.1982.

¹³ Bergner/ Erdmenger/ Fehn/ Kaltenbach/ Kolb, RVO, Viertes und Fünftes Buch, Bd. III, § 1305 Rn. 7.

¹⁴ Siehe hierzu nur Bergner/ Erdmenger/ Fehn/ Kaltenbach/ Kolb, RVO, Viertes und Fünftes Buch, Bd. III, § 1305 Rn. 7 sowie Zweng/ Scheerer/ Buschmann, RVO, § 1305 Punkt 3, S. 4.

¹⁵ Haack in: jurisPK-SGB VI, § 31, Rn. 32.1.

¹⁶ BGBl. I 1974, S. 1881.

¹⁷ So dürfte auch Hauck in Hauck/Noftz, SGB VI, § 31, Rn. 13 zu verstehen sein, der angibt, die Zuordnung sei nur historisch zu erklären.

lichen RV an das Erfordernis eines (positiven) Effekts dieser Leistungen auf die spätere Erwerbsfähigkeit geknüpft, so wären Kinder unversorgt geblieben. Erst ab 1974 wurde die Frage aufgeworfen, ob die Kinderrehabilitation der alleinigen Verantwortung der Krankenkassen unterfallen solle.¹⁸ Erst ab diesem Zeitpunkt scheint diskutiert worden zu sein, ob Kinderrehabilitation durch den RV-Träger nur zu erbringen sei, wenn hierdurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten, wesentlich gebessert oder wiederhergestellt wird. Zu Änderungen des Gesetzes führte dies jedoch nicht. Stattdessen stellte nur die ab 1984 geltende Richtlinie der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte für die Gewährung von Kinderheilbehandlungen den Bezug zur späteren Erwerbsfähigkeit her¹⁹. Zwar wurde eine Zuständigkeitsverlagerung für die Leistungen der Kinderrehabilitation von den RV-Trägern auf die Krankenkassen im Gesetzgebungsverfahren zum 3. SGB VI-Änderungsgesetz vom 3. November 1997²⁰ ab dem 1. Januar 1998 erwogen²¹. Dies scheiterte jedoch am Widerstand der RV-Träger und der Rehabilitationseinrichtungen.²² Diese argumentierten, dass sich ein Bezug zum Leistungsspektrum der RV daraus ergebe, dass ein großer Teil der Einschränkungen, die im Kindesalter auftreten, wie z. B. chronische Krankheiten, im späteren Erwerbsleben die Leistungsfähigkeit beeinflussen.²³ Die Kindheit gelte als optimale Entwicklungsphase, um gesundheitsrelevante Verhaltensweisen mit Erfolg zu initiieren und gesundheitliche

Probleme bereits im Vorfeld zu verhindern oder zu minimieren und Chronifizierungen zu vermeiden.²⁴ Hieraus folgt jedoch nicht zwingend eine Beschränkung der Zuständigkeit der RV auf die Kinder, die vermutlich erwerbsfähig sein werden: Die Aussagen zeigen vielmehr den gesamtgesellschaftlichen Kontext auf und nehmen nicht den Einzelfall in den Blick.

Des Weiteren sprechen auch praktische Erwägungen gegen ein solches Erfordernis. So weist schon Hauck darauf hin, dass die spezielle „Zielgruppe“ der Leistung das Abstellen auf die Erwerbsfähigkeit verhindere.²⁵ Umso jünger das Kind ist, desto schwieriger ist es zu prognostizieren, ob sich eine Rehabilitation langfristig positiv auf die Erwerbsfähigkeit auswirken wird. Dabei ist zu bedenken, dass diese nicht nur von den Fähigkeiten des Betroffenen abhängt, sondern auch davon, welche Leistungen behinderten Menschen die Teilhabe am Arbeitsleben ermöglichen.

Folglich ist § 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB VI das Erfordernis der Erwerbsfähigkeit nicht immanent, wovon im Übrigen auch die Deutsche Rentenversicherung auszugehen scheint, wenn sie in ihrem Reha-Bericht 2012 angibt, bei der Kinderrehabilitation sei die Sicherung der Erwerbsfähigkeit keine notwendige Voraussetzung.²⁶ Das SG Fulda hat daher richtig entschieden. Aus Gründen der Rechtssicherheit sollten die KiHB-Richtlinien an dieser Stelle angepasst und die Formulierung „und dies Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit haben kann“ gestrichen werden.

¹⁸ Fuchs, Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Ihren Eltern, Vortrag zur Einweihung der Rehaklinik Kandertal am 09.06.2005, S. 4, zu finden auf <http://www.harry-fuchs.de/docs/Kandertal.pdf>.

¹⁹ Haack in: jurisPK-SGB VI, § 31, Rn. 32.1.

²⁰ BGBl. I 1997, S. 2630.

²¹ Ausdruck dieser Planungen ist § 287b Abs. 2 S. 3 SGB VI.

²² Vgl. hierzu nur Cibis/ Hüller, DRV 1997, S. 543, S. 546.

²³ BT- Drs. 13/7140 vom 05.03.1997.

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

²⁴ BT-Drs. 13/7140 vom 05.03.1997.

²⁵ Hauck in Hauck/Noftz, SGB VI, § 31 Rn. 15.

²⁶ DRV, Reha-Bericht 2012, S. 24.