



Diskussionsforum Teilhabe und Prävention

Herausgegeben von:

Dr. Alexander Gagel & Dr. Hans-Martin Schian

in Kooperation mit:

Prof. Dr. Wolfhard Kohte
Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg

Prof. Dr. Ulrich Preis
Institut für Deutsches und
Europäisches Sozialrecht,
Universität zu Köln

Prof. Dr. Felix Welti
Hochschule Neubrandenburg

Juni 2008

Forum A

Leistungen zur Teilhabe und Prävention
– Diskussionsbeitrag Nr. 10/2008 –

Medizinische Rehabilitation der Krankenversicherung: Unklarheit über Ziele und Mittel

von Prof. Dr. Felix Welti

Zusammen mit zutreffenden Überlegungen zu § 14 SGB IX, die bereits im Forum vorgestellt worden sind (Urt. v. 26.06.2007 – B 1 KR 34/06 R - ; s. dazu Diskussionsbeiträge A 7/2007 und 12/2007) hat der 1. Senat des BSG in einer Entscheidung vom gleichen Tag (Urt. v. 26.06.2007 – B 1 KR 36/06 R) Ausführungen zu Leistungszielen und Leistungsumfang der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung gemacht, die einer kritischen Diskussion bedürfen.

- 1. Nach Auffassung des 1. Senats des BSG ist die gesetzliche Krankenversicherung nicht für eine Adaptionsmaßnahme im Rahmen der Suchtrehabilitation verantwortlich, sondern der Träger der Sozialhilfe.**
- 2. Das BSG sieht die Ziele und den Leistungsumfang der medizinischen Rehabilitation in der SGB V nicht als durch § 26 SGB IX bestimmt an, sondern allein durch die „möglichst weitgehende Wiederherstellung der Gesundheit und der Organfunktion einschließlich der Sicherung des Behandlungserfolges, um ein selbstständiges Leben führen und die Anforderungen des Alltags meistern zu können.“**
- 3. Dies schließt das BSG insbesondere aus der Legeldefinition der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in § 107 Abs. 2 SGB V.**
- 4. Die Ausführungen des BSG können nicht überzeugen. Die Leistungsziele der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben sich übereinstimmend aus § 11 Abs. 2 SGB V und § 26 Abs. 1 SGB IX.**

Dr. Alexander Gagel
Marcus Schian
Dr. Hans-Martin Schian

Wir möchten Sie auch auf die Sammlung aller bisher erschienenen Diskussionsbeiträge im Internet unter www.iqpr.de aufmerksam machen und Sie herzlich einladen sich an der Diskussion durch eigene Beiträge und Stellungnahmen zu beteiligen.

Urteil des BSG vom 26.06.2007 – B 1 KR 36/06 R

I. Der Fall

Der klagende Träger der Sozialhilfe (Landkreis) beehrte von der beklagten Krankenkasse die Erstattung der **Kosten einer Adaptionenmaßnahme im Rahmen der Drogentherapie** einer krankenversicherten Frau. Diese hatte vom 27.02. bis 26.08.2003 eine stationäre medizinische Rehabilitationsleistung zur Entwöhnungsbehandlung von der Krankenkasse erhalten. Während der Leistung wurde durch die behandelnden Ärzte für die Versicherte bei der Krankenkasse beantragt, im Anschluss eine 16-wöchige Adaptionenmaßnahme zur Stabilisierung der Abstinenzfähigkeit und zur sozialen und beruflichen Orientierung zu leisten. Die **Krankenkasse hielt sich nicht für zuständig** und leitete den Antrag nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX an den Landkreis als **Träger der Sozialhilfe** weiter. Der Träger der Sozialhilfe stellte den Bedarf fest, bewilligte die Leistung und beehrte die Erstattung der Kosten von der Krankenkasse, die er für zuständig hielt.

Das SG Mainz (Urt. vom 14.10.2005, Az. S 11 KR 350/04) wies die Klage mit der Begründung zurück, mit dem in Anspruch genommenen Therapiezentrum habe die beklagte Krankenkasse keinen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V geschlossen. Das LSG Rheinland-Pfalz (Urt. vom 19.10.2006, Az. L 5 KR 50/06) hob das Urteil des SG auf und verurteilte die Krankenkasse zur Erstattung der Kosten nach § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX, da die Maßnahme zumindest auch der Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung gedient habe und unter ärztlicher Verantwortung gestanden habe. Auf den Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V komme es nicht an.

II. Die Entscheidung

Auf die Revision der Krankenkasse hat das BSG das Urteil des LSG Rheinland-Pfalz aufgehoben. Es begründet dies damit, die **Krankenkasse sei für die Adaptionenmaßnahme nicht zuständig gewesen** und habe somit zu Recht den Antrag an den Träger der Sozialhilfe weitergeleitet. Ein Anspruch aus § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX bestehe daher nicht. Das BSG führt aus, es sei unerheblich, dass Adaptionenmaßnahmen im Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Rentenversicherung als Leistungen der medizinischen Rehabilitation erbracht werden. Die entsprechende **Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ zwischen den Trägern der Rentenversicherung und der Krankenversicherung** habe für den zu entscheidenden Fall keine Bedeutung. Auch könne der Leistungsumfang der medizinischen Rehabilitation nach dem SGB V nicht nach § 26 SGB IX bestimmt werden. Auch nach Inkrafttreten des SGB IX sei die **Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung in der Rehabilitation allein die möglichst weitgehende Wiederherstellung der Gesundheit und der Organfunktion einschließlich der Sicherung des Behandlungserfolgs**, um ein selbstständiges Leben führen und die Anforderungen des Alltags meistern zu können. **Eine darüber hinaus gehende berufliche oder soziale Rehabilitation bleibe Aufgabe anderer Sozialleistungssysteme.**

Zur Begründung führt das BSG aus, die nach § 7 SGB IX maßgeblichen Leistungsvoraussetzungen aus §§ 11 Abs. 2, 40 SGB V seien nicht erfüllt. Diese Normen würden durch die Legaldefinition der Rehabilitationseinrichtung in § 107 Abs. 2 SGB V ergänzt, aus der sich ergebe, dass die Einrichtung fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung stehen muss und nach einem ärztlichen Behandlungsplan durchgeführt werden müsse. Die Anforderungen an die Einrichtung bestimmten zugleich die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssten, um eine stationäre Maßnahme nach § 40 Abs. 2 SGB V beanspruchen zu können. Dies sei bei der fraglichen Adaptionsmaßnahme nicht der Fall gewesen, sondern die Maßnahme habe inhaltlich u.a. auf die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, das Training von lebenspraktischen Fähigkeiten, die Vertiefung der Krankheitseinsicht und Festigung der Abstinenzentscheidung und die Persönlichkeitsstabilisierung gezielt.

III. Würdigung/Kritik

Die Entscheidung des 1. Senats des BSG ist **diskussions- und kritikwürdig**. Sie berührt mehrere klärungsbedürftige Fragen im Verhältnis zwischen SGB IX und Leistungsgesetzen im Allgemeinen und zur Rehabilitation nach dem SGB V im Besonderen.

1. Zum Verständnis von § 7 SGB IX

Nach § 7 Satz 1 SGB IX **gelten die Vorschriften des SGB IX für die Leistungen zur Teilhabe, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt**. Nach § 7 Satz 2 SGB IX **richten sich die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen**. Diese Norm gibt Anlass zu Kontroversen über Geltung und Reichweite der Vorschriften des SGB IX. Sie wird bisweilen verkürzt und unzutreffend als Ausdruck einer allgemeinen Nachrangigkeit des SGB IX angesehen. Entscheidend sind zwei Fragen: Erstens: **Wann ist eine Norm abweichend** im Sinne von § 7 Satz 1 SGB IX? Zweitens: **Was sind Leistungsvoraussetzungen** im Sinne von § 7 Satz 2 SGB IX?

Im vorliegenden Urteil ist bereits unklar, auf welchen Satz von § 7 SGB IX der Senat seine Schlüsse stützt. Zunächst bezieht er sich auf den Abweichungsvorbehalt in Satz 1, verweist dann aber darauf, es fehle bereits an den Leistungsvoraussetzungen.

Wären die Leistungsvoraussetzungen im Sinne von § 7 Satz 2 SGB IX betroffen, käme es auf eine Abweichung im Leistungsinhalt im Sinne von § 7 Satz 1 SGB IX nicht mehr an. **Die Voraussetzungen einer medizinischen Rehabilitationsleistung der Krankenversicherung sind die Versicherteneigenschaft, das Fehlen eines vorrangig verpflichteten Trägers und der Versicherungsfall (Leistungszweck)**. Versicherte haben Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern (§ 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Auf diesen Leistungszweck beziehen sich § 40 Abs. 1 und 2 SGB V ausdrücklich. Ein **anderer, enger gefasster Leistungszweck als Anspruchsvoraussetzung** – nämlich die vom Senat angeführte „Wiederherstellung der Gesundheit und der Organfunktion“ - **ist dem SGB V nicht zu entnehmen**. Diese angebliche Leistungsvoraussetzung entnimmt der Senat allein einem Rückschluss aus dem Leistungserbringungsrecht in § 107 Abs. 2 SGB V sowie seinem Vorverständnis über den

Sinn der ständigen ärztlichen Verantwortung. Dass die ärztliche Verantwortung in SGB V und SGB IX für andere Ziele als Krankenbehandlung in Anspruch genommen werden könnte, scheint der Senat auszuschließen. Systematisch scheint der Senat jede beliebige Norm des SGB V, die sich mit Rehabilitation befasst, als Anspruchsvoraussetzung im Sinne von § 7 Satz 2 SGB IX anzusehen, durch die die Anwendung des SGB IX ausgeschlossen werden kann. Nachdem auch der Senat jedoch zu Recht die Auffassung des SG Mainz für unzutreffend hält, der Erstattungsanspruch werde schon durch das Fehlen eines Versorgungsvertrages nach § 111 SGB V ausgeschlossen, **kann die Einengung der persönlichen Anspruchsvoraussetzungen durch leistungserbringungsrechtliche Vorschriften im Übrigen nicht überzeugen.**

Richtig wäre also festzuhalten, dass die versicherungsrechtlichen Leistungsvoraussetzungen und die persönlichen Voraussetzungen nach § 11 Abs. 2 SGB V erfüllt sind und ein Leistungsanspruch bestünde, wenn eine Leistung der medizinischen Rehabilitation nach § 40 Abs. 2 SGB V notwendig ist, um die – auf Behinderung bezogenen - Ziele der medizinischen Rehabilitation nach § 11 Abs. 2 SGB V zu erreichen. Da diese Ziele mit den Zielen der medizinischen Rehabilitation nach § 26 Abs. 1 SGB IX übereinstimmen und die Inhalte der medizinischen Rehabilitation im SGB V gar nicht abweichend definiert sind – auch nicht durch § 107 Abs. 2 SGB V – liegt auch **kein Fall abweichender Vorschriften** im Sinne von § 7 Satz 1 SGB IX vor. Es spricht also – anders als der Senat meint – nichts dagegen, den Leistungsanspruch der Versicherten mit Hilfe von § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX näher zu bestimmen. Dies ist auch notwendig, denn § 7 Satz 1 SGB IX gebietet die Anwendung des SGB IX in allen Fällen, in denen die Leistungsgesetze nichts Abweichendes regeln.

2. Zur Konvergenz der Leistungsinhalte von Rehabilitationsträgern

Ist die Entscheidung schon nach dem Wortlaut von § 7 SGB IX und §§ 11 Abs. 2, 40 SGB V schwer zu begründen, so ist zudem noch Sinn und Zweck des SGB IX zu beachten. Nach dem erklärten Willen des Gesetzgebers des SGB IX sollte die **Konvergenz des Leistungsrechts zwischen den verschiedenen Rehabilitationsträgern** verstärkt werden.

„In Kapitel 4 bis 7 werden die Leistungen bestimmt, die einheitlich von den jeweils zuständigen Rehabilitationsträgern (...) erbracht werden. (...) Art, Gegenstand, Umfang, Qualität und Ausführung der Leistungen richten sich damit nach dem Neunten Buch, soweit die Leistungsgesetze der Rehabilitationsträger nicht darüber hinausgehend Besonderheiten regeln,“ (BT-Drs. 14/5074, 94). Das bedeutet gerade im Verhältnis zwischen Krankenversicherung und Rentenversicherung, dass Unterschiede der Zuständigkeit keine Unterschiede mehr in den Leistungsinhalten begründen sollten. In der Suchtrehabilitation hängt es vor allem von den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 11 SGB VI ab, welcher Rehabilitationsträger zuständig ist. Sind diese – wie im vorliegenden Fall – nicht gegeben, so soll die Krankenversicherung zuständig sein. Der Senat hat zwar gesehen, dass nach der Vereinbarung zwischen beiden Trägergruppen und der ständigen Praxis der Rentenversicherung Adaptionsmaßnahmen Bestandteil der medizinischen Rehabilitation sind, meinte jedoch, dies sei nicht entscheidungserheblich. In der Konsequenz hält es der Senat für möglich, dass Adaptionsbehandlungen in der Zuständigkeit der Rentenversicherung medizinische Rehabilitation sind, während er sie außerhalb dieser Zuständigkeit für berufliche oder soziale Rehabilitation hält. Er begründet dies damit, dass in der Rentenversicherung medizinische Rehabilitation ohne ärztliche Gesamtverantwortung durchgeführt werden dürfe und führt Referenzentscheidungen an, die weit vor Inkrafttreten

des SGB IX gefallen sind (BSGE 68, 17, 18; BSGE 68, 167, 169 u.a.). Damit negiert der Senat das vom Gesetzgeber des SGB IX verfolgte Anliegen leistungsrechtlicher Konvergenz, die nach § 7 Satz 1 SGB IX gerade nur durch ausdrückliche Abweichungen durchbrochen werden soll. Zudem **wird die Entscheidung auch der Systematik des SGB IX nicht gerecht**, die für alle drei Leistungsgruppen Ziele und Mittel definiert (§§ 26, 33, 55 SGB IX) und nicht vorsieht, dass eine Leistung bei dem einen Träger medizinische Rehabilitation, bei dem anderen aber soziale Rehabilitation ist.

3. Zum Verhältnis von Leistungsrecht und Leistungserbringungsrecht

Der vom Senat vorgenommene **Schluss vom Leistungserbringungsrecht auf das Leistungsrecht** ist zwar im Krankenversicherungsrecht nicht unbekannt, führt aber für die medizinische Rehabilitation – wie gezeigt – zu **unzutreffenden Ergebnissen**. Der Gesetzgeber hat vielmehr auch für das Leistungserbringungsrecht der medizinischen Rehabilitation eine Konvergenz zwischen den Rehabilitationsträgern vorgesehen, die in dem vorliegenden Urteil ausgeblendet wird. § 20 SGB IX sieht Qualitätssicherung für die Rehabilitationseinrichtungen nach gemeinsamen Grundsätzen vor. Der Gesetzgeber des GKV-WSG hat mittlerweile durch § 137d SGB V klargestellt, dass er in der Krankenversicherung keine andere Qualität der medizinischen Rehabilitation vorsieht als in der Rentenversicherung. Die Verträge der Rehabilitationsträger mit den Einrichtungen sind nach gemeinsamen Grundsätzen abzuschließen (§ 21 Abs. 2 SGB IX). Diese **Konvergenz im Leistungserbringungsrecht stützt die These nicht, aus § 107 Abs. 2 SGB V ergebe sich ein im Verhältnis zu anderen Rehabilitationsträgern reduzierter Auftrag der Krankenkassen**. Sinn der abweichenden Definition in § 107 Abs. 2 SGB V ist vielmehr, die Rehabilitation in der Krankenversicherung hinreichend eng mit der Krankenbehandlung zu verknüpfen, nicht sie ihr unterzuordnen.

4. Was sind die Rehabilitationsziele der gesetzlichen Krankenversicherung?

Die Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung ist nach § 11 Abs. 2 SGB V und § 26 Abs. 1 SGB IX umfassend darauf gerichtet, Behinderung (§ 2 Abs. 1 SGB IX) und Pflegebedürftigkeit präventiv zu vermeiden und nach ihrem Eintritt aufzuheben oder zu mindern. Sie ist also gerade nicht darauf beschränkt, Krankheit im Sinne von § 27 Abs. 1 SGB V zu bekämpfen. Dies war auch ausdrücklich mit der Neufassung von § 11 Abs. 2 SGB V durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 bezweckt (BT-Drs. 14/1245, 61). **Medizinische Rehabilitation zielt also nicht nur auf gestörte Organfunktionen, sondern auch auf die Teilhabe von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen durch Einwirkung auf ihren Gesundheitszustand und dessen Kontextfaktoren**. Dass medizinische Rehabilitation nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX nicht anders als nach § 107 Abs. 2 SGB V unter ärztlicher Gesamtverantwortung ausgeführt wird, schmälert nicht den Inhalt der Rehabilitation, sondern erweitert den Auftrag der ärztlichen Profession auf die Koordination der Bemühungen anderer therapeutischer Professionen, wie sie auch im Rahmen einer Adaptionsbehandlung tätig werden.

Der **eigenständige Versicherungsfall aus § 11 Abs. 2 SGB V** kann von den Krankenkassen durch alle geeigneten Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Sinne von § 26 SGB IX behandelt werden, soweit sie im Leistungskatalog des SGB V vorgesehen sind. Für stationäre Leistungen ist § 40 Abs. 2 SGB V Anspruchsgrundlage, im ambulanten Bereich können Leistungen ambulanter Rehabilitationseinrichtungen, aber auch z.B.

Hilfsmittel, Heilmittel oder ärztliche Behandlung (§ 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4: „Durchführung“; § 73 Abs. 3 SGB V) Leistungen der medizinischen Rehabilitation sein.

Jede Krankenbehandlung muss auch die Ziele der medizinischen Rehabilitation beachten (§ 27 SGB IX; § 2a SGB V), da aus jeder Krankheit Behinderung werden kann und dies so früh wie möglich verhindert und beachtet werden sollte. Leistungsrechtlich wird dies in § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V sowie in § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V verdeutlicht. Nur insoweit trifft also die Prämisse der vorliegenden Entscheidung zu, dass Rehabilitation in der Krankenversicherung einen besonderen Bezug zur Behandlung von Krankheiten hat und deshalb Einrichtungen der Rehabilitation auch nach § 107 Abs. 2 SGB V zur Behandlung von Krankheiten in der Lage sein müssen. Richtig verstanden schränkt dies aber nicht den Auftrag der Rehabilitation ein, sondern dokumentiert den erweiterten Auftrag der Krankenbehandlung.

<p>Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.</p>
--