

Forum A

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe
– Diskussionsbeitrag Nr. 14/2011 –

08.07.2011

Zur Abgrenzung zwischen Heilmitteln der Krankenbehandlung und der medizinischen Rehabilitation

BSG, Urt. v. 17.02.2010, Az. B 1 KR 23/09 R

Von Dennis Bunge, Kiel

Wird bei einem Versicherten zunächst das Vorliegen eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit vermutet und stellt sich dies später als falsch heraus, hat die Unfallversicherungsträgerin häufig bereits umfangreiche Leistungen erbracht. Es stellt sich sodann die Frage, von wem sie die Erstattung der Kosten für diese Leistungen beanspruchen kann.

I. Unsere Thesen

1. Der Erstattungsanspruch nach § 104 Abs. 1 S. 1 SGB X findet auch dann Anwendung, wenn die Rehabilitationsträgerin nicht auf Antrag, sondern von Amts wegen eine Leistung erbracht hat (Fall des § 14 Abs. 3 SGB IX).
2. Ob ein Heilmittel zur Krankenbehandlung oder als Leistung zur medizinischen Rehabilitation erbracht wird, richtet sich danach, welches Ziel die Leistungsträgerin mit der Erbringung verfolgte.
3. Die „erweiterte ambulante Psychotherapie“ erfolgt im Anschluss an die Phase der Akutversorgung und soll eine rasche und effektive Teilhabe des Versicherten

am Leben in der Gesellschaft sicherstellen, sie ist somit eine Leistung der medizinischen Rehabilitation.

4. Der Gesetzgeber hat die Rehabilitationsträger mit den §§ 10–13 SGB IX aufgefordert, Leistungen zur Teilhabe „wie aus einer Hand“ zu erbringen.

II. Wesentliche Aussagen des Urteils

1. **Abgrenzungskriterium zwischen der Versorgung mit Heilmitteln im Sinne der Krankenbehandlung und der medizinischen Rehabilitation ist die Zielrichtung der Leistungsnorm.**
2. **Erbringt eine Rehabilitationsträgerin, die sich für zuständig hält, von Amts wegen Rehabilitationsleistungen, schließt dies Erstattungsansprüche nach den §§ 103, 104 SGB X nicht aus¹.**
3. **Irrt eine Rehabilitationsträgerin, die von Amts wegen einem Versicherten Rehabilitationsleistungen erbringt, über ihre Zuständigkeit, begründet**

¹ Fortentwicklung zu BSG, Urt. v. 26.06.2007 – B 1 KR 34/06 R = BSGE 98, 267 = SozR 4-3250 § 14 Nr. 4.

dies im Erstattungsverhältnis zu anderen Trägerinnen nur eine nachrangige Zuständigkeit.

4. **Versicherte können von ihrer Krankenkasse „Erweiterte Ambulante Physiotherapie“ (EAP) nur als Leistung der medizinischen Rehabilitation beanspruchen.**

III. Der Fall

Die Beteiligten – je eine Trägerin der Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung – streiten im Rahmen eines Erstattungsstreits über die Leistungszuständigkeit für „Erweiterte Ambulante Physiotherapie“ (EAP). Bei dieser handelt es sich um eine Kombination von Behandlungselementen der Krankengymnastik, physikalischer Therapie und medizinischer Trainingstherapie zur Beseitigung besonders schwerer Funktions- und Leistungsbeeinträchtigungen im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates.

Der Versicherte war bei der klagenden Berufsgenossenschaft unfallversichert, bei der Beklagten AOK Plus krankenversichert und bei der beigeladenen DRV Mitteldeutschland rentenversichert. Im August 2001 erlitt der Versicherte bei einem **Arbeitsunfall** eine Prellung des linken Knies und war in der Folgezeit arbeitsunfähig. Die klagende Berufsgenossenschaft übernahm die Kosten für eine Arthroskopie. Nachdem bei dem Versicherten ein Kreuzbandriss und eine Knorpelschädigung diagnostiziert wurden, gewährte diese Anfang 2002 eine Kreuzbandplastik und anschließend nach durchgeführter Operation eine **EAP**. Der Versicherte erhielt die EAP von Mai bis Juli 2002 im Anschluss an eine stationäre Behandlung. Anschließend erkannte die klagende Berufsgenossenschaft, dass der Kreuzbandriss keine Arbeitsunfallfolge war und lehnte gegenüber dem Versicherten die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung über den 10. September 2001 hinaus

ab. Für die bereits geleistete EAP forderte sie von der Krankenkasse des Versicherten **Kostenerstattung**. In der ersten Instanz wurde die beigeladene Rentenversicherungsträgerin zur Übernahme der Kosten verurteilt. Die Berufungsinstanz verurteilte hingegen die beklagte Krankenkasse, die in Revision ging.

IV. Die Entscheidung

Die Revision der beklagten Krankenkasse war erfolgreich. Der Senat hat das LSG-Urteil aufgehoben, die Berufung der vom SG verurteilten, beigeladenen Rentenversicherungsträgerin zurückgewiesen und so das erstinstanzliche Urteil wiederhergestellt. **Somit ist**, entgegen der Auffassung des LSG, **nicht die beklagte Krankenkasse gegenüber der klagenden Berufsgenossenschaft erstattungspflichtig, sondern die beigeladene Rentenversicherungsträgerin**. In Fortentwicklung der Rechtsprechung des Senats² wurde § 104 Abs. 1 S. 1 SGB X als Anspruchsgrundlage geprüft, ein Anspruch gegen die Krankenkasse aber verneint. Die Voraussetzungen eines solchen Anspruchs lägen nicht vor, weil es nicht um die **Kostenerstattung für eine ärztlich erbrachte oder angeordnete Versorgung mit Heilmitteln der Krankenversorgung i. S. d. SGB VII und des SGB V** gehe, sondern im Rechtssinne um eine **Erstattung von Kosten für Leistungen der medizinischen Rehabilitation**.

Ein Anspruch aus § 104 Abs. 1 und 3 SGB X sei gegeben, wenn eine Leistungsträgerin auf einen Rehabilitationsantrag hin ihre Zuständigkeit gegenüber einem Versicherten geprüft und bejaht habe (§ 14 Abs. 1 S. 1 i. V. m. Abs. 2 S. 1 und 2 SGB IX), ohne dass eine Konstellation des § 103 SGB X vorgelegen habe. In solchen Fällen begrün-

² Vgl. BSGE 98, 267 = SozR 4 – 3250 § 14 Nr. 4, jeweils Rn. 9 ff.

de § 14 Abs. 1 S. 1 i. V. m. Abs. 2 S. 1 und 2 SGB IX für das Erstattungsverhältnis zwischen den Trägerinnen eine nachrangige Zuständigkeit der erstangegangenen Trägerin, wenn sie nach den Zuständigkeitsregelungen außerhalb von § 14 SGB IX unzuständig und eine andere Trägerin zuständig gewesen wäre. Dies ermögliche es, dass sich die erstangegangene Leistungsträgerin im Rahmen eines Erstattungsstreits die Kosten der Rehabilitationsleistung nach § 104 SGB X von der vorrangig zuständigen Trägerin erstatten lassen könne. Entsprechendes habe gleichermaßen nach § 14 Abs. 3 SGB IX zu gelten, wenn – wie vorliegend die Berufsgenossenschaft – die Rehabilitations-trägerin derartige Leistungen nicht auf Antrag hin, sondern **von Amts wegen** erbringe. Nach dieser Regelung fänden dann § 14 Abs. 1 und 2 SGB IX sinngemäß Anwendung. An die Stelle des Tages der Antragstellung trete dann der Tag der Kenntnis des voraussichtlichen Rehabilitationsbedarfs. Die klagende Unfallversicherungsträgerin habe die EAP dem Versicherten als **Leistung zur Teilhabe von Amts wegen** erbracht, wie es § 19 S. 2 SGB IV vorsehe.

Die **Voraussetzungen des § 104 Abs. 1 S. 1 SGB X lägen in Bezug auf die beklagte Krankenkasse allerdings nicht vor, da es nicht um die Erstattung der Kosten für die ärztlich erbrachte oder angeordnete Versorgung mit Heilmitteln** i. S. d. SGB VII³ und des SGB V⁴ gehe, **sondern** im Rechtssinne um Kosten für **Leistungen der ambulanten medizinischen Rehabilitation**⁵. Die Krankenkasse sei im Verhältnis zu der klagenden Unfallversicherungsträgerin keine i. S. v. § 14 SGB IX vorrangig verpflichtete Leistungsträgerin gewesen, als sie dem Versicherten die EAP leistete. § 40

Abs. 4 SGB V berufe eine Krankenkasse nämlich nur zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 40 Abs. 1 SGB V, wenn nach den für andere Trägerinnen der Sozialversicherung geltenden Vorschriften mit Ausnahme des § 31 SGB VI solche Leistungen nicht erbracht werden können. Daran fehle es hier; denn auch wenn die klagende Berufsgenossenschaft selbst im Erstattungsverhältnis nicht vorrangig, sondern lediglich nachrangig materiell-rechtlich leistungspflichtig gewesen sei, hätte letztlich nicht die beklagte Krankenkasse, sondern die beigeladene Rentenversicherungsträgerin die Kosten für die ambulante Rehabilitationsleistung des Versicherten nach den Bestimmungen des SGB VI zu tragen.

Die klagende Berufsgenossenschaft habe zwar i. S. v. § 104 Abs. 1 SGB X Leistungen an den Versicherten erbracht. Dies geschah aber nur deshalb, weil sie davon ausging, aufgrund des Unfallversicherungsrechts zur Leistung verpflichtet gewesen zu sein. Erst nach umfangreichen medizinischen Ermittlungen habe sich gezeigt, dass die Berufsgenossenschaft letztlich nur als im Erstattungsverhältnis nachrangig verpflichtete Leistungsträgerin die EAP erbracht habe. Es bestand kein ursächlicher Zusammenhang zum Arbeitsunfall, sodass eine unfallversicherungsrechtliche Leistungspflicht der Berufsgenossenschaft als Unfallversicherungsträgerin ausscheide. Allerdings **bestehe ein solcher Anspruch auch nicht gegenüber der beklagten Krankenkasse, weil keine vergleichbare und zeitlich kongruente Leistungspflicht der leistenden und die Erstattung begehrenden Trägerin einerseits und der als erstattungspflichtig in Anspruch genommenen Trägerin andererseits** bestanden habe. Die beklagte Krankenkasse hätte dem Versicherten Anfang 2002 **allein nach dem SGB V keine EAP gewähren müssen**. Sie ersparte durch die Leistungen der klagenden Berufs-

³ Vgl. § 27 Abs. 1 Nr. 2 und 4 SGB VII.

⁴ Vgl. § 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 und 3 i. V. m. § 32 SGB V.

⁵ Vgl. § 27 Abs. 1 Nr. 7 SGB VII i. V. m. § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX, § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, § 40 Abs. 1 SGB V.

genossenschaft daher **keine an den Versicherten zu erbringenden eigenen Leistungen** in persönlich, sachlich und zeitlich entsprechendem Umfang (kongruent), weil eine krankenversicherungsrechtliche Leistungspflicht in Bezug auf die EAP nicht bestanden habe. Die **EAP sei kein vom Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung umfasstes Heilmittel**. Es sei **weder in den Heilmittel-Richtlinien (HMRL) noch im Heilmittelkatalog als vordnungsfähige ambulant zu erbringende Leistung** enthalten. Somit zähle sie schon insoweit grundsätzlich nicht zu den Formen der zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringbaren Krankenbehandlungen, da der Inhalt der HMRL und des Heilmittelkatalogs verbindlich und abschließend sei. Ein Anspruch des Versicherten gegen die beklagte Krankenkasse auf **EAP als medizinische Rehabilitationsleistung i. S. v. § 40 Abs. 1 SGB V** scheide letztlich wegen der **Leistungspflicht der beigeladenen Rentenversicherungsträgerin** aus. Der Versicherte habe zwar grundsätzlich einen Anspruch gegen seine Krankenkasse auf Gewährung von EAP als medizinische Rehabilitationsleistung. Reiche bei Versicherten ambulante Krankenbehandlung jedoch nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 SGB V beschriebenen Ziele zu erreichen (Abwendung, Beseitigung, Minderung, Ausgleich, Verhinderung einer Verschlimmerung oder Beseitigung der Folgen einer Behinderung oder von Pflegebedürftigkeit), könne die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in wohnortnahen Einrichtungen erbringen⁶. Von dieser rehabilitationsspezifischen Zielrichtung der Leistungserbringung gehe auch der 3. Senat des BSG aus. Dieser habe zu Recht hierbei auch die „Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen der medizinischen Re-

habilitation“ vom 16. März 2004⁷ einbezogen und betont, dass der Gesetzgeber in § 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V sowohl für stationäre als auch für ambulante Rehabilitationseinrichtungen vorsehe, dass diese Einrichtungen fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung stünden und ein ganzheitliches Gesundheitskonzept verfolgen müssten⁸.

Die **EAP sei aus dem Bedarf der gesetzlichen Unfallversicherung nach „intensivierter“ Rehabilitation im Anschluss an die Akutbehandlung erwachsen**. Das folge bereits aus ihrer Bezeichnung als gegenüber der allgemein vorgesehenen Heilmittelversorgung **„erweiterte“ Therapieform**. Innerhalb des Unfallversicherungsleistungssystems gehe es darum, die dort maßgeblichen Behandlungsziele in möglichst effektiver Weise zu verfolgen. Dies ermögliche es auch, beim Bestehen spezifischer Anforderungen über die von den Krankenkassen als Pflichtleistungen im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebots zu erbringenden akuten Krankenbehandlungsmaßnahmen des SGB V hinauszugehen. Vor diesem Hintergrund erkläre sich, dass es sich bei der EAP nach dem im Internet verbreiteten Eigenverständnis der Leistungsträgerinnen der gesetzlichen Unfallversicherung um „eine von der Gesetzlichen Unfallversicherung aufgrund der Ergebnisse der Rehabilitation von Leistungssportlern entwickelte ambulante Therapieform (handele, bei der) wohnortnah eine intensivierte physiotherapeutische Behandlung durch ein muskuläres Aufbautraining unterstützt“ werde. EAP könne deshalb insbesondere indiziert sein, wenn mit Krankengymnastik und Physiotherapie das mögliche „Rehabilitationsergebnis nicht ausreichend oder nur verzögert erreicht werde“, etwa wenn in der standardisierten Kranken-

⁶ Vgl. § 40 Abs. 1 SGB V.

⁷ Vgl. BAnz. 2004 Nr. 63, S. 6769.

⁸ BSG SozR 4-2500 § 40 Nr. 2 Rn. 25; ebenso erkennender 1. Senat in BSGE 98, 277 = SozR 4-2500 § 40 Nr. 4, Rn. 16 ff.

gymnastik/physikalischen Therapie nach Band- oder anderen Gelenkoperationen nach anfänglichem Funktionsgewinn ein Stillstand zu verzeichnen sei. Sie könne dabei nicht etwa von jedem in der gesetzlichen Krankenkasse zu konventioneller Heilmittelversorgung zugelassenen physiotherapeutischen Leistungserbringer verabreicht werden, sondern sei beschränkt auf die Erbringung in besonders geeigneten Reha-bilitationszentren, die spezielle, von den Unfallversicherungsträgerinnen vorgegebene perso-nelle, apparative und räumliche Anforderun-gen erfüllten.

Es spreche angesichts dieser Ausführungen nichts dafür, dass die klagende Berufsge-nossenschaft dem Versicherten EAP leiste-te, um noch im Rahmen ihrer „Akutversor-gung“ tätig zu werden. Ihre Leistungen ziel-ten vielmehr darauf ab, im Anschluss an die Phase der Akutversorgung eine möglichst rasche und effektive Teilhabe des Versiche-ten am Leben in der Gesellschaft durch eine speziell dafür ausgebildete Leistungsträgerin zu ermöglichen.

V. Würdigung/Kritik

Der Entscheidung ist zuzustimmen. Es ist begrüßenswert, dass das BSG die bisherige Rechtsprechung bestätigt, nach der § 104 Abs. 1 S. 1 SGB X auch in den Fällen des § 14 Abs. 3 SGB IX anwendbar ist, wenn die Rehabilitationsträgerin also nicht auf Antrag, sondern von Amts wegen leistet (hier: nach § 19 S. 2 SGB IV).

Von noch größerer Bedeutung ist das Urteil jedoch im Hinblick auf die durch das Gericht

deutlich herausgearbeitete Abgrenzung zwi-schen der Versorgung mit Heilmitteln als Teil der Krankenbehandlung einerseits und als Teil der medizinischen Rehabilitation ande-rerseits. Als entscheidendes Abgrenzungs-kriterium stellt das Gericht hier zutreffend da-rauf ab, welche Zielrichtung die (vor-) leis-tende Leistungsträgerin mit der konkret er-brachten Leistung verfolgte, für die sie nun Erstattung verlangt. Die EAP ist daher keine Versorgung mit Heilmitteln im Rahmen der Krankenbehandlung, sondern ein Teil der ambulanten medizinischen Rehabilitation. Sie erfolgt im Anschluss an die Phase der Akutversorgung und soll eine möglichst ras-che und effektive Teilhabe des Versicherten am Leben in der Gesellschaft gewährleisten. Darüber hinaus betont das BSG in dieser Entscheidung die Einheitlichkeit des Leis-tungsumfangs bei verschiedenen Reha-bilitationsträgerinnen. Dies entspricht auch der gemeinsamen Empfehlung über die nahtlo-se, zügige und einheitliche Erbringung von Leistungen zur Teilhabe nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 i. V. m. § 13 Abs. 1, Abs. 2 SGB IX (Gemeinsame Empfehlung der Bun-desarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation – „Einheitlichkeit/ Nahtlosigkeit“) vom 22. März 2004⁹. Durch die in den §§ 10–13 SGB IX normierten Bestimmungen sollen die Reha-bilitationsträger quasi „wie aus einer Hand“ zum Wohle des behinderten Menschen Leis-tungen zur Teilhabe erbringen.

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

⁹ http://www.bar-frankfurt.de/upload/Gemeinsame_Empfehlung_Einheitlichkeit_Nahtlosigkeit_80.pdf.