

S 72 KR 210/06

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

SG Berlin (BRB)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

72

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 72 KR 210/06

Datum

16.10.2008

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Beigeladene wird verurteilt, an die Klägerin 1.663,60 EUR zahlen. Die Beigeladene trägt die Kosten des Rechtsstreits. Der Streitwert wird auf 1.663,60 EUR festgesetzt. Die Berufung wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Kosten einer erweiterten ambulanten Physiotherapie (EAP) in Höhe von 1.663,30 EUR.

Der Versicherte, C L, der bei der Klägerin unfall- und bei der Beklagten krankenversichert ist, erlitt am 28.08.2001 aufgrund eines Arbeitsunfalls eine Prellung am linken Knie. Arbeitsunfähigkeit bestand vom 30.08.2001 bis zum 09.09.2001. Am 19.12.2001 wurde ein Innenmeniskushinterhornriß diagnostiziert, Bandrupturen wurden im MRT ausgeschlossen. Am 16.01.2002 wurden mittels Arthroskopie eine Ruptur des vorderen Kreuzbandes sowie eine Knorpelläsion des medialen Femurcondylus festgestellt. Zur Vorbereitung der Kreuzbandplastik und im Nachgang zur Operation wurden dem Versicherten mit Bescheid der Klägerin vom 08.04.2002 EAP gewährt. Bei Verdacht auf eine Reruptur der Kreuzbandplastik erfolgte eine erneute stationäre Aufnahme am 29.05.2002. Danach wurde postoperativ mit intensiven physiotherapeutischen Übungsbehandlungen begonnen. Die Klägerin genehmigte die EAP weiterhin, sie wurde bis zum 24.07.2002 fortgeführt. In der Zeit vom 16.04.2002 bis zum 24.07.2002 wurde der Kläger im Rahmen der Ambulanten orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation (AOTR) behandelt.

Mit Bescheid vom 06.11.2002 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 28.01.2003 stellte die Klägerin gegenüber dem Versicherten fest, dass Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung über den 10.09.2001 hinaus nicht gewährt werden können, da kein Ursachenzusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und dem Meniskus- bzw. Kreuzbandriss bestehe. Dieser Bescheid wurde durch gerichtlichen Vergleich rechtskräftig.

Bereits mit Schreiben vom 28.08.2002 meldete die Klägerin bei der Beklagten einen Erstattungsanspruch an. Mit Schreiben vom 19.05.2003 verzichtete die Beklagte auf die Einrede der Verjährung. Unter Bezugnahme auf das in Ausführung des gerichtlichen Vergleichs eingeholte Gutachten von Prof. Dr. H (Bl. 199 – 209 Verwaltungsakte der Klägerin) forderte die Klägerin mit Schreiben vom 07.06.2005 die Beklagte auf, ihr die Kosten für die EAP in Höhe von 1.663,30 EUR zu erstatten. Die Beklagte lehnte die Kostenerstattung mit der Begründung ab, dass der Rentenversicherungsträger für die EAP-Leistung zuständig sei.

Mit der am 02.02.2006 beim Sozialgericht Berlin eingegangenen Klage verfolgt die Klägerin ihr Begehren weiter. Sie ist der Ansicht, dass ihr ein Anspruch gemäß [§ 105 Abs. 1 SGB X](#) zustehe. Sie trägt vor, dass aus den umfangreichen medizinischen Unterlagen hervorgehe, dass eine eindeutige Indikation für die erfolgte medizinische Behandlung vorgelegen habe. Bis zum 01.01.2000 haben die Krankenkassen EAP und AOTR ohne klare gesetzliche Grundlage erbracht. Mit der Neufassung des [§ 40 SGB V](#) sei der ganzheitliche Behandlungsansatz aufgegriffen worden und als Bestandteile einer als umfassend verstandenen medizinischen Rehabilitation integriert. Gemäß [§ 13 Abs. 2 SGB VI](#) erbringt der Rentenversicherungsträger keine Leistungen in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit. Die Differenzierung zwischen Akutversorgung und Rehabilitation sei schwierig, Ziel der Krankenbehandlung sei der Herstellung der bestmöglichen Gesundheit, Ziel der Rehabilitation, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Die gemäß [§ 26 Abs. 2](#) und 3 SGB IX genannten therapeutischen Methoden seien für sich gesehen nicht bereits Leistungen zur Krankenbehandlung oder zur Rehabilitation, sondern sie werden es erst durch die mit deren Einsatz verfolgten Zielsetzungen. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach [§ 11 Abs. 2 SGB V](#) umfassen immer auch notwendige medizinische Leistungen zur Rehabilitation gemäß [§ 40 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), und zwar als Bestandteil der Akutversorgung. Die EAP stelle eine Fortsetzung der akutmedizinischen Behandlung dar und konzentriere sich ausschließlich auf die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit des ehemals verletzten Körperteils. Die EAP könne lediglich integrierter

Bestandteil einer Komplexbehandlung sein, die singuläre Leistung für sich allein genommen erfüllt jedoch nicht den ganzheitlichen Therapieansatz. Die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers gemäß [§ 40 Abs. 4 SGB V](#) komme hier nicht zum Tragen, da kein vorleistungspflichtiger Träger existiere.

Die Klägerin beantragt, die Beklagte zu verurteilen, ihr die Kosten der erweiterten ambulanten Physiotherapie in Höhe von 1.663,30 EUR entsprechend den Sätzen der Beklagten gemäß [§ 105 SGB X](#) zu erstatten.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Sie ist der Auffassung, dass die EAP eine Maßnahme nach [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) darstelle und dem Versicherten auch zugestanden habe. Dies bestätige auch der MDK S in seinem Gutachten vom 08.10.2007. Im Rahmen berufsgenossenschaftlicher stationärer Weiterbildung (BGSW) durchgeführte Maßnahmen seien grundsätzlich den Leistungen der Rehabilitation zuzuordnen. Sie umfassen die nach Abschluss der Akutbehandlung in zeitlichem Zusammenhang stehende medizinisch indizierte stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, insbesondere die intensive Übungsbehandlung. Aus [§ 40 Abs. 4 SGB V](#) ergebe sich jedoch die Vorrangigkeit der Leistungspflicht des Rentenversicherungsträgers, wonach Leistungen nur erbracht werden, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften solche Leistungen nicht erbracht werden können. Der Versicherte habe die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach [§§ 9-15 SGB VI](#) erfüllt, deshalb sei die Deutsche Rentenversicherung Bund zuständig. Insbesondere sei die Erwerbsfähigkeit gefährdet gewesen und die Phase der akuten Behandlungsbedürftigkeit sei abgeschlossen gewesen.

Der beigeladene Rentenversicherungsträger führt in seiner Stellungnahme vom 10.12.2007 aus, dass die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen beim Versicherten nicht vorgelegen haben, insbesondere sei die Erwerbsfähigkeit nicht erheblich gefährdet oder gemindert gewesen. Er sei innerhalb von weniger als 6 Monaten nach der Versorgung mit der Kreuzbandplastik wieder arbeitsfähig gewesen. Des Weiteren erbringen nach [§ 13 Abs. 2 SGB VI](#) die Träger der Rentenversicherung keine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit. Es handele sich bei der EAP um die Fortsetzung einer akutmedizinischen Behandlung, welche die Zuständigkeit der Beigeladenen ausschließe.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Tatbestandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte und den Inhalt der Verwaltungsakten der Klägerin und der Beklagten, die Gegenstand der Beratung waren. Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung der Kammer ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Entscheidungsgründe:

Das Gericht konnte gemäß [§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden, da die Beteiligten hiermit ihr Einverständnis dazu erklärt haben.

Die Klage ist zulässig und in dem aus dem Tenor ersichtlichen Umfang begründet. Die Klage ist gemäß [§ 54 Abs. 5 SGG](#) als allgemeine Leistungsklage zulässig. Die Klägerin kann ihr Erstattungsbegehren nicht im Wege eines Verwaltungsaktes durchsetzen, da zwischen den Sozialleistungsträgern kein Über- und Unterordnungsverhältnis bei Erstattungsstreitigkeiten besteht. Die Träger stehen sich gleichrangig gegenüber, so dass Maßnahmen hoheitlicher Regelung in diesem Verhältnis nicht möglich sind.

Die Klage ist insofern begründet, dass der Klägerin ein Kostenerstattungsanspruch gegen die Beigeladene nach [§ 105 Abs. 1 SGB X](#) zusteht. Danach ist der zuständige Leistungsträger erstattungspflichtig, wenn ein unzuständiger Leistungsträger Sozialleistungen erbracht hat, ohne dass die Voraussetzungen von [§ 102 Abs. 1 SGB X](#) vorliegen, soweit dieser nicht bereits selbst geleistet hat, bevor er von der Leistung des anderen Leistungsträgers Kenntnis erlangt hat. Die Voraussetzungen des [§ 102 Abs. 1 SGB X](#) sind nicht erfüllt. Die Klägerin hat nicht bewusst eine vorläufige Leistung erbracht. Sie hat vielmehr, in der Annahme einer eigenen Leistungspflicht die EAP gewährt. Auch die weiteren Voraussetzungen des [§ 105 SGB X](#) sind erfüllt: Die Beigeladene hätte dem Versicherten vom 16.04.2002 bis zum 24.07.2002 die notwendige EAP leisten müssen. Die Beigeladene hat durch die Leistung der Klägerin an den Versicherten für diese Zeit eigene Leistungen erspart.

Unstreitig ist, dass die Klägerin mangels Ursachenzusammenhangs zwischen Arbeitsunfall und Verletzungen nicht zuständig für die Erbringung der EAP gewesen ist.

Aus Sicht der Kammer stellt die EAP eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme nach [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) dar. Gemäß den Anforderungen der Unfallversicherungsträger für die Beteiligung von Einrichtungen an der EAP (Fassung vom 01.01.2006) handelt es sich bei der EAP um die Kombination von Behandlungselementen der krankengymnastischen Therapie, der physikalischen Therapie und der medizinischen Trainingstherapie. Sie soll vorwiegend zur Beseitigung von besonders schweren Funktions- und Leistungsbeeinträchtigungen sowie Fähigkeitsstörungen im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates in Betracht kommen. Angeboten werden diese Maßnahmen in ganz bestimmten räumlichen Therapieeinrichtungen, deren Personal fachlich-persönliche Voraussetzungen erfüllen muss.

Die Behandlung des Versicherten ging über die Krankenbehandlung gemäß [§§ 27, 32 SGB V](#) hinaus. Aus den umfangreichen ärztlichen Unterlagen ist ersichtlich, dass aus medizinischer Sicht eine Indikation für eine stationäre und auch für eine ambulante Rehabilitation vorgelegen hat (vgl. Gutachten des MDK S vom 08.10.2007 [Bl. 46 ff. GA], freies Gutachten des Dr. Sch vom 06.06.2002 [Bl. 57ff VAe der Klägerin], Antrag auf Kostenübernahme der EAP vom 04.07.2002 des Orthopäden Dr. M [Bl. 73 VAe der Klägerin], der von einer ambulanten Rehabilitation ausgeht). Selbst die Klägerin geht in ihrem Klageschriftsatz davon aus, dass eine medizinische Behandlung notwendig war, die über den Umfang der üblichen Krankenbehandlung hinausgeht. Dies alles spricht für die Annahme, dass die EAP eine Rehabilitationsmaßnahme darstellt. Denn [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) regelt gerade ausdrücklich, dass, wenn eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht, ambulante Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen erbracht werden können. Dies ist bei dem Versicherten der Fall gewesen.

Danach wäre grundsätzlich die beklagte Krankenkasse – wie sie selbst auch vorträgt – zuständig für die Erbringung der EAP nach [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) gewesen. Jedoch liegen die Voraussetzungen von [§ 40 Abs. 4 SGB V](#) nach Überzeugung der Kammer vor. Dies ergibt sich nach Prüfung der medizinischen Unterlagen und aus der Gesamtbetrachtung der Behandlung des Versicherten. Nach [§ 40 Abs. 4 SGB V](#) werden

Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 durch die Krankenkasse nur erbracht, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften mit Ausnahme des [§ 31 SGB VI](#) solche Leistungen nicht erbracht werden können. Der beigeladene Rentenversicherungsträger ist ein solcher Träger. Die Rentenversicherung erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen, um 1. den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und 2. dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern. Die Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind. Nach Absatz 2 des [§ 9 SGB VI](#) dieser Vorschrift können die Leistungen nach Absatz 1 erbracht werden, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Nach [§ 10 Abs. 1 SGB VI](#) haben Versicherte die persönlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe erfüllt, 1. deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und 2. bei denen voraussichtlich a) bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben abgewendet werden kann, b) bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann, c) bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit der Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden kann. Diese Voraussetzungen haben bei dem Versicherten zum Zeitpunkt des Beginns der EAP ausweislich der umfangreichen medizinischen Unterlagen vorgelegen. Die Erwerbsfähigkeit war erheblich gefährdet und konnte aus damaliger Sicht voraussichtlich durch die EAP Maßnahme abgewendet werden. In diesem Zusammenhang ist die Sachlage bei Beantragung der EAP als maßgeblicher Prüfungszeitpunkt heranzuziehen, da für die erforderliche Prognose Voraussetzung ist, dass der Erfolg der Leistung wahrscheinlich ist. Die Gutachterin des MDK S führt im Gutachten vom 08.10.2007 aus, dass insbesondere im Zusammenhang mit dem relativ jungen Alter des Versicherten und des Berufsbildes des Straßenarbeiters die Erwerbsfähigkeit des Versicherten im Zusammenhang mit den beschriebenen Funktionsstörungen als gefährdet einzuschätzen gewesen sei. Der Gutachter Dr. Sch führt in seinem freien Gutachten vom 06.06.2002 aus, dass mit Eintritt der Arbeitsfähigkeit von einer vorübergehenden Minderung der Erwerbsfähigkeit von 20 v. H. auszugehen sei. Der Orthopäde Dr. R führt in seinem ärztlichen Abschlussbefund vom 22.08.2002 u. a. aus, dass insgesamt mit einem Dauerschaden zu rechnen sei. Diese medizinischen Berichte sprechen entscheidend dafür, dass die Erwerbsfähigkeit des Versicherten erheblich gefährdet gewesen ist. Das Argument der Beigeladenen, dass davon nicht ausgegangen werden kann, weil der Versicherte in weniger als 6 Monaten nach der Versorgung mit der Kreuzbandplastik wieder arbeitsfähig und erwerbsfähig gewesen sei, greift vorliegend nicht. Denn damit kann gerade davon ausgegangen werden, dass die EAP-Maßnahme die Gefährdung der Erwerbsfähigkeit abgewendet hat. Es besteht auch kein Ausschluss der Leistungspflicht gemäß [§ 13 SGB VI](#). Nach [§ 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB VI](#) hat der Rentenversicherungsträger keine Leistungen in der Phase der akuten Behandlungsbedürftigkeit zu erbringen. Danach obliegt die Akutbehandlung vorrangig der Krankenversicherung. Gemäß [§ 13 Abs. 4 SGB VI](#) sollten die Rentenversicherungsträger mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen Näheres (z. B. zum Ende der Akutbehandlung oder zur Zuordnung bestimmter Therapieformen) vereinbaren. Die Leistungsträger haben jedoch Einzelheiten zur Abgrenzung bisher nicht geregelt (Höfler im Kasseler Kommentar, 57. Ergänzungslieferung 2008, § 40 Rn. 30b). Aus Sicht der Kammer hat jedoch entgegen der Auffassung der Klägerin und der Beigeladenen keine Akutbehandlung vorgelegen. Die EAP stellt keinen Bestandteil der Akutversorgung dar. Gemäß den bereits zitierten Anforderungen der Unfallversicherungsträger für die Beteiligung von Einrichtungen an der EAP (Fassung vom 01.01.2006) handelt es sich bei der EAP um die Kombination von Behandlungselementen der krankengymnastischen Therapie, der physikalischen Therapie und der medizinischen Trainingstherapie. Bereits aus diesen Anforderungen ergibt sich, dass die EAP eine komplexe Heilmitteltherapie ist, die unmittelbar im Anschluss an eine Akutversorgung nach einem Versicherungsfall durchgeführt werden kann. Auf der Website der Landesverbände der gewerblichen Berufsgenossenschaften (http://www.lvbg.de/lv/pages/aufgabe/m_reha/eap) heißt es wörtlich: "Die gesetzlichen Unfallversicherungsträger haben die Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP) entwickelt und in ihren Leistungskatalog übernommen. Die EAP ist eine Komplextherapie und hat als abgestuftes System der Übungsbehandlung nach Versicherungsfällen das Ziel, unmittelbar im Anschluss an die Akutversorgung eine intensive, wohnortnahe physiotherapeutische Behandlung sowie medizinische Trainingstherapie von Arbeitsunfallverletzten unter ambulanten Bedingungen zu gewährleisten." Damit gehen die Unfallversicherungsträger selbst von einer Durchführung der EAP-Maßnahme nach der Akutversorgung aus. Des Weiteren spricht gegen eine akutmedizinische Maßnahme der langwierige Krankheitsverlauf des Versicherten mit mehreren stationären Aufenthalten, der im Anschluss an die Operationen zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit des Knies Behandlungen erhalten hat. Nach alldem war der beigeladene Rentenversicherungsträger als zuständiger Rehabilitationsträger gemäß [§ 75 Abs. 5 SGG](#) zu verurteilen (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 15.11.1979, [11 RA 9/79](#)). Der Umfang der Erstattungsforderung der Klägerin richtet sich nach den für die gesetzliche Unfallversicherung geltenden Vorschriften ([§ 105 Abs. 2 SGB X](#)) und besteht somit in Höhe von 1.663,30 EUR. Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 197a Abs. 1 und 2 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung \(VwGO\)](#).

Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§§ 197a Abs. 1 SGG](#) i. V. m. [§ 52 Abs. 1 Gerichtskostengesetz \(GKG\)](#) und berücksichtigt die mit der Klage geltend gemachte Forderung.

Die Berufung war gemäß [§ 144 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zuzulassen, weil die Rechtssache aus Sicht der Kammer grundsätzliche Bedeutung hat, da die Klärung der Zuständigkeit für die Durchführung einer EAP im allgemeinen Interesse liegt.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2009-02-02