

---

-

## Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Rentenversicherung
Abteilung	13
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

### 1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	19.09.2000

### 2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

### 3. Instanz

Datum	21.06.2001
-------	------------

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Münster vom 19. September 2000 wird zurückgewiesen. Die Beteiligten haben einander für den gesamten Rechtsstreit keine außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

Gründe:

I

Die Beteiligten streiten über die Erstattung der Kosten ambulanter ärztlicher und zahnärztlicher Behandlungen, die während einer stationären medizinischen Leistung zur Rehabilitation (Reha) angefallen sind.

Mit Bescheid vom 14. Dezember 1998 bewilligte die Beklagte dem damals drogenabhängigen Beigeladenen eine stationäre Entwöhnungsbehandlung in der Fachklinik R. , A. , als medizinische Leistung zur Reha. Aus der am 5. Oktober 1999 begonnenen Maßnahme wurde der Beigeladene am 6. Januar 2000 wegen eines Rückfalls vorzeitig entlassen.

Während seines Klinikaufenthaltes begab sich der nicht gesetzlich

---

krankenversicherte Beigeladene mehrfach in ambulante Behandlung, und zwar wegen Wirbelsäulenbeschwerden bei dem Arzt für Orthopädie Dr. T. , wegen Migräne und zum Ausschluss eines Gefäßprozesses bei den Ärzten für Neurologie und Psychiatrie Dres. E. und R. sowie wegen Zahnbeschwerden bei den Zahnärzten Dres. B. und T. Die Kosten dafür in Höhe von insgesamt 1.390,59 DM trug der Kläger als Träger der Sozialhilfe. Die von ihm mit Schreiben vom 31. Januar und 11. Juli 2000 geltend gemachte Erstattung dieser Kosten lehnte die Beklagte ab.

Die auf Kostenerstattung gerichtete Klage hat das Sozialgericht Münster (SG) durch Urteil vom 19. September 2000 im wesentlichen mit folgender Begründung abgewiesen:

Die Beklagte sei nicht iS von [Â§ 104](#) des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) vorrangig zur Gewährleistung der streitigen ambulanten Behandlungen verpflichtet gewesen. Zwar sei sie grundsätzlich gemäß [Â§ 13 Abs 2 Nr 1](#) des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) berechtigt, Leistungen zur akuten Behandlung einer Krankheit zu erbringen, wenn diese während der medizinischen Leistung zur Reha auftrete. Im vorliegenden Fall habe sie jedoch die Behandlungen wegen Dorsalgie und Migräne sowie die Zahnbehandlung ablehnen dürfen, weil diese in keinem Zusammenhang mit der bewilligten Reha-Leistung gestanden hätten. Insbesondere hätten die behandelten Leiden keinen Einfluss auf die Entwöhnungsbehandlung gehabt.

Mit seiner vom SG zugelassenen Sprungrevision rügt der Kläger eine Verletzung von [Â§ 13 Abs 2 Nr 1 Halbs 2 SGB VI](#). Zur Begründung trägt er ua vor: Da die akute Behandlungsbedürftigkeit des Beigeladenen während der von der Beklagten gewährten Entwöhnungsbehandlung eingetreten sei, greife die Rückkausnahme des [Â§ 13 Abs 2 Nr 1 Halbs 2 SGB VI](#) ein. Mithin bleibe es bei der Zuständigkeit der Beklagten für die gesamte Reha-Maßnahme. Entgegen der Auffassung des SG liege es nicht im Ermessen der Beklagten, ob sie Leistungen bei sog interkurrenten Erkrankungen erbringe. Es sei auch unerheblich, ob die betreffenden Erkrankungen in einem engen Zusammenhang mit dem Reha-Leiden bzw der Reha-Leistung gestanden hätten. [Â§ 13 SGB VI](#) sehe eine derartige Differenzierung nicht vor, sondern stelle nur auf die Zeitgleichheit von Hauptmaßnahme und akuter Behandlungsbedürftigkeit ab. Auch aus [Â§ 13 Abs 3 SGB VI](#) sei eine grundsätzliche Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger für alle interkurrenten Behandlungen zu entnehmen.

Der Kläger beantragt,  
das Urteil des SG Münster vom 19. September 2000 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm die Kosten der im Zeitraum zwischen dem 5. Oktober 1999 und 6. Januar 2000 durchgeführten ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Behandlungen des Beigeladenen in Höhe von insgesamt 1.390,59 DM zu erstatten und diesen Betrag gemäß [Â§ 108 SGB X](#) zu verzinsen.

Die Beklagte beantragt,  
die Revision zurückzuweisen.

---

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Beigeladene hat sich zur Sache nicht geäußert.

II

Die Revision des Klägers ist zulässig, aber nicht begründet.

Als Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Erstattungsanspruch kommt allein [Â§ 104 Abs 1 SGB X](#) in Betracht. Dieser bestimmt: Hat ein nachrangig verpflichteter Leistungsträger Sozialleistungen erbracht, ohne daß die Voraussetzungen von [Â§ 103 Abs 1 SGB X](#) vorliegen, ist der Leistungsträger erstattungspflichtig, gegen den der Berechtigte vorrangig einen Anspruch hat oder hatte, soweit der Leistungsträger nicht bereits geleistet hat, bevor er von der Leistung des anderen Leistungsträgers Kenntnis erlangt hat (Satz 1). Nachrangig verpflichtet ist ein Leistungsträger, soweit dieser bei rechtzeitiger Erfüllung der Leistungspflicht eines anderen Leistungsträgers selbst nicht zur Leistung verpflichtet wäre (Satz 2; vgl dazu auch Satz 3). [Â§ 104 SGB X](#) geht mithin davon aus, daß Leistungspflichten (mindestens) zweier Leistungsträger bestehen, wobei die Verpflichtung des einen der des anderen wegen System- oder Einzelanspruchssubstanz nachgeht (vgl zB [BSGE 74, 36, 38](#) = [SozR 3-1300 Â§ 104 Nr 8](#)).

Diese Voraussetzungen sind hier nicht erfüllt. Zwar hat der Kläger dem Beigeladenen gemäß [Â§ 37](#) des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) die streitigen ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Behandlungen als Krankenhilfe gewährt. Diese Leistungspflicht wäre nach [Â§ 2](#) BSHG gegenüber einer entsprechenden Verpflichtung der Beklagten auch nachrangig gewesen. Die Beklagte hatte diese Behandlungen dem Beigeladenen jedoch nicht zu erbringen.

Ein derartiger Anspruch des Beigeladenen ergibt sich zunächst nicht aus dem Bewilligungsbescheid der Beklagten vom 14. Dezember 1998. Dieser bezieht sich lediglich auf eine bestimmte stationäre Behandlung in der Behandlungsstätte R. â Einrichtung zur Reha Drogenabhängiger â als medizinische Leistung zur Reha. Nach der Auslegung des Regelungsgehalts mit heranzuziehenden Umständen der Antragstellung sollte diese Maßnahme (ausschließlich) der Entöhnung des Beigeladenen von seiner Drogensucht dienen. Dagegen sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, daß die streitigen ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Behandlungen von dieser Bewilligung mit erfaßt sein sollten. Dies ergibt sich insbesondere auch nicht aus den einschlägigen gesetzlichen Vorschriften.

Maßgebend sind insoweit die [Â§ 9](#) ff SGB VI. Dabei handelt es sich um ein System von Bestimmungen, die sowohl die Anspruchsvoraussetzungen als auch Art und Umfang von Reha-Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung regeln.

Nach [Â§ 9 Abs 1 Satz 1 SGB VI](#) erbringt die Rentenversicherung medizinische, berufsfördernde und ergänzende Leistungen zur Reha 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 wiederinzugliedern.

Diese Bestimmung ist zwar nicht selbst Anspruchsgrundlage, vielmehr verweist [Â§ 9 Abs 2 SGB VI](#) insoweit auf die in den [Â§ 10, 11 SGB VI](#) geregelten persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen. Sie grenzt jedoch die Leistungszuständigkeit der Rentenversicherung bereits deutlich ein, indem sie für Reha-Leistungen der Rentenversicherung eine bestimmte Zielrichtung verlangt. Es soll nämlich den beeinträchtigenden Auswirkungen einer bestimmten Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegengewirkt werden.

Was medizinische Leistungen zur Reha angeht, so ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) von einem denkbar breiten Leistungsspektrum auszugehen (vgl zB [BSGE 82, 143](#), 145 f = [SozR 3-2600 Â§ 13 Nr 1](#)). Dieses umfasst gemäss [Â§ 15 Abs 1 SGB VI](#) insbesondere

1. Behandlung durch Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung durchgeführt werden, einschließlich der Anleitung der Versicherten, eigene Abwehr- und Heilungskräfte zu entwickeln,
2. Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie und Beschäftigungstherapie,
3. Belastungserprobung und Arbeitstherapie,
4. Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel einschließlich der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel.

Bereits nach dem Wortlaut dieser Vorschrift können ambulante Behandlungen ihrer Art nach als medizinische Leistungen zur Reha erbracht werden. Aber auch die nicht ausdrücklich aufgeführte Behandlung durch Zahnärzte scheidet insoweit nicht aus. Wie die Verwendung des Wortes "insbesondere" zeigt, handelt es sich nämlich bei [Â§ 15 Abs 1 SGB VI](#) nicht um einen abgeschlossenen Katalog, sondern um einen "offenen Tatbestand" (vgl zB [BSGE 82, 143](#), 145 f = [SozR 3-2600 Â§ 13 Nr 1](#)). Im übrigen ist der in Art 1 Â§ 13 Abs 2 Nr 4 des Rentenreformgesetzes 1992 (RRG 1992; vgl [BT-Drucks 11/4124 S 16](#), 155) vorgesehene Ausschluss zahnärztlicher Behandlung im Gesetzgebungsverfahren mit der Begründung gestrichen worden (vgl [BT-Drucks 11/5490 S 21](#)), da diese Leistung unter den bisherigen Voraussetzungen möglichst bleiben sollte (vgl [BT-Drucks 11/5530 S 40](#)).

---

Wichtige Regelungen zur Leistungserbringung enthält [Â§ 13 SGB VI](#). Während sein Abs 1 vorsieht, daß der Träger der Rentenversicherung im Einzelfall unter Beachtung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Leistungen sowie die Reha-Einrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen bestimmt, heißt es in seinem Abs 2:

Der Träger der Rentenversicherung erbringt nicht

1. medizinische Leistungen zur Reha in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit, es sei denn, die Behandlungsbedürftigkeit tritt während der medizinischen Leistungen zur Reha ein,
2. medizinische Leistungen zur Reha anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung,
3. medizinische Leistungen zur Reha, die dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse nicht entsprechen.

Der hier einschlägige [Â§ 13 Abs 2 Nr 1 SGB VI](#) enthält eine Ausschlussklausel mit Rückausnahmeregelung, jedoch keine eigenständige Anspruchsgrundlage (vgl dazu BSG [SozR 3-2600 Â§ 13 Nr 2](#)). Dabei knüpfen sowohl der im 1. Halbsatz normierte Ausschluss von Reha-Leistungen als auch die dazugehörige Rückausnahme (in Halbsatz 2) nicht bei der akuten Behandlungsbedürftigkeit irgendeiner gerade vorliegenden, sondern nur einer solchen Krankheit an, die der betreffenden Maßnahme (mit) zugrunde liegt.

Diese Auslegung ergibt sich bereits aus dem systematischen Zusammenhang zwischen [Â§ 9 Abs 1](#) und [Â§ 13 Abs 2 Nr 1 SGB VI](#). Wenn [Â§ 9 Abs 1 SGB VI](#) Reha-Leistungen betrifft, die erwerbsmindernden Auswirkungen einer bestimmten Krankheit entgegenwirken sollen, so erscheint es folgerichtig, daß sich auch die Ausschlussregelung auf die akute Behandlungsbedürftigkeit gerade dieser Krankheit bezieht.

Darüber hinaus spricht die Begründung zum Entwurf des RRG 1992 dafür, daß es bei [Â§ 13 Abs 2 Nr 1 SGB VI](#) um die Abgrenzung zwischen Akutbehandlung und Reha-Behandlung ein und derselben Erkrankung geht. Darin heißt es nämlich ua ([BT-Drucks 11/4124 S 155](#)): "Abs 2 Nr 1 schließt entsprechend der bisherigen Rechtslage für die Dauer der akuten Phase einer Erkrankung medizinische Leistungen zur Reha aus. Die Beurteilung, wann die Akutbehandlung endet, ob und in welchem Umfang bestimmte Therapieformen vor allem bei psychisch Kranken der Akutbehandlung zuzurechnen sind, insbesondere wenn sie auf die Behebung der psychischen Fehllage und auf die Stabilisierung der Persönlichkeit ausgerichtet sind, ist jedoch häufig schwierig."

Schließlich entspricht es dem Sinn und Zweck des [Â§ 13 Abs 2 Nr 1 SGB VI](#), die Leistungszuständigkeit der Rentenversicherung nur insoweit auszuschließen, als sich das den Reha-Bedarf begründende Leiden (noch) in einer Phase akuter

---

Behandlungsbedürftigkeit befindet. Hingegen wäre es sachwidrig, die Durchführung einer medizinischen Reha-Maßnahme von vornherein allein daran scheitern zu lassen, daß der Versicherte an irgendeiner akut behandlungsbedürftigen Krankheit leidet, es sei denn, diese beeinträchtigte seine Reha-Fähigkeit iS von [Â§ 10 Nr 2 SGB VI](#). Folglich sind bei einer rehabilitationsbedürftigen Suchterkrankung medizinische Reha-Leistungen der Rentenversicherung solange ausgeschlossen, als noch eine Entgiftung erforderlich ist (vgl dazu [BSGE 82, 143](#) = [SozR 3-2600 Â§ 13 Nr 1](#)), nicht jedoch bereits dann, wenn eine davon unabhängige Krankheit des Versicherten akut einer Behandlung bedarf.

Eine andere Beurteilung folgt auch nicht aus [Â§ 13 Abs 3 SGB VI](#). Diese Vorschrift betrifft nur das Verhältnis zwischen Rentenversicherung und Krankenversicherung. Die darin besonders vorgesehene Möglichkeit einer Leistungserbringung des Rentenversicherungsträgers für den Krankenversicherungsträger ändert nichts an den allgemeinen Leistungsgrenzen der Rentenversicherung, insbesondere im Verhältnis zur Sozialhilfe. Soweit diesbezügliche Urteile im übrigen nicht tragende Ausführungen des erkennenden Senats in seinem Urteil vom 13. Januar 1999 ([SozR 3-2600 Â§ 13 Nr 2](#)) anders verstanden werden können, wird daran nicht festgehalten. Im übrigen hat der Senat bereits in dieser Entscheidung ausgeführt, durch die Rückkausnahme in [Â§ 13 Abs 2 Nr 1 Halbs 2 SGB VI](#) bleibe es wieder bei der allgemeinen Regel, dh der Zuständigkeit für die gesamte Reha-Maßnahme nach [Â§ 15 SGB VI](#). In jenem Fall war diese Zuständigkeit ohne weiteres auch für die dort streitige Entgiftung gegeben, da es dabei um eine interkurrente Akutbehandlung des "Reha-Leidens" ging.

Die hier streitigen ambulanten Behandlungen wegen Wirbelsäulen-, Migräne- und Zahnbeschwerden gehörten nicht zu der von der Beklagten bewilligten stationären Entwöhnungsbehandlung. Weder betrafen sie unmittelbar die Drogenabhängigkeit des Beigeladenen, die der gewährten medizinischen Leistung zur Reha zugrunde lag, noch standen sie damit in einem hinreichend engen Zusammenhang. Nach der Rechtsprechung des BSG kann der Rentenversicherungsträger allerdings für die Erbringung medizinischer Leistungen, die bei isolierter Betrachtung in die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers fallen würden, dann zuständig sein, wenn diese mit einer von ihm gewährten Reha-Maßnahme eng verbunden sind (vgl zB zur Tbc-Behandlung: [BSGE 29, 87, 89](#) = [SozR Nr 11 zu Â§ 1244a der Reichsversicherungsordnung \(RVO\)](#); [BSG SozR 2200 Â§ 1244a Nr 7](#); zur Suchtbehandlung: [BSGE 66, 87, 93 f](#) = [SozR 2200 Â§ 1237 Nr 23](#); [BSGE 67, 100, 103](#) = [SozR 3-7610 Â§ 683 Nr 1](#); [BSG SozR 3-2200 Â§ 1236 Nr 3](#); [BSG SozR 3-2600 Â§ 13 Nr 2](#)). Dabei ist vom erkennenden Senat der Gesichtspunkt eines einheitlichen medizinisch begründeten Behandlungskonzepts betont worden (vgl [BSG SozR 3-2200 Â§ 1237 Nr 4 S 20](#)). Ein derartiger therapeutischer Zusammenhang ergibt sich in erster Linie daraus, daß sich die betreffenden Einzelmaßnahmen auf das eigentliche Reha-Leiden beziehen. Hingegen bedarf die Behandlung anderer Erkrankungen, und seien es auch typische Folge- oder Begleiterscheinungen des Reha-Leidens, grundsätzlich eines eigenständigen Therapiekonzeptes, das seinerseits den Maßgaben des [Â§ 9 Abs 1](#)

---

[SGB VI](#) entsprechen mu $\ddot{a}$ . Ob dies auch f $\ddot{u}$ r Bagatellerkrankungen gilt, die ohne weiteres mit den Mitteln der Einrichtung  $\hat{=}$  quasi nebenbei  $\hat{=}$  mitbehandelt werden k $\ddot{a}$ nnen (vgl dazu [Â§ 2 Abs 2](#) der Vereinbarung zur Leistungsabgrenzung nach [Â§ 13 Abs 4 SGB VI](#), ErsK 1993, 172), braucht hier nicht entschieden zu werden, da die Leistungszust $\ddot{a}$ ndigkeit der Beklagten f $\ddot{u}$ r au $\ddot{e}$ rhalb der Reha-Einrichtung R. ambulant durchgef $\ddot{u}$ hrte  $\ddot{a}$ rztliche und zahn $\ddot{a}$ rztliche Behandlungen streitig ist. Diese sind nach dem Gesamtzusammenhang der Feststellungen des SG nicht als Bestandteile eines einheitlichen Suchtbehandlungskonzeptes anzusehen.

Auch unabh $\ddot{a}$ ngig von der seinerzeit durchgef $\ddot{u}$ hrten Entw $\ddot{a}$ hnungsbehandlung hatte der Beigeladene keinen (eigenst $\ddot{a}$ ndigen) Anspruch auf Gew $\ddot{a}$ hrung der streitigen ambulanten Behandlungen als medizinische Leistungen zu Reha. Es erscheint bereits zweifelhaft, ob diese Behandlungen den Anforderungen des [Â§ 9 Abs 1 SGB VI](#) entsprachen. Nach dieser Vorschrift ist den Rentenversicherungstr $\ddot{a}$ gern die Aufgabe der Reha nur insofern  $\ddot{u}$ bertragen worden, als mit der jeweiligen Leistung bezweckt wird, die Erwerbsf $\ddot{a}$ higkeit des Versicherten iS der Erhaltung oder Wiederherstellung zu beeinflussen. Ferner mu $\ddot{a}$  eine Reha-Ma $\ddot{a}$ nahme der Rentenversicherung auch geeignet sein, dieses Ziel zu erreichen. F $\ddot{u}$ r Leistungen, die diesem Zweck nicht zumindest auch dienen, d $\ddot{a}$ rfen die Rentenversicherungstr $\ddot{a}$ ger ihre Mittel nicht einsetzen (vgl [BSGE 68, 167, 170 = SozR 3-2200 Â§ 1237 Nr 1](#)). Dies gilt insbesondere f $\ddot{u}$ r solche Ma $\ddot{a}$ nahmen, die allein auf die Gesundheit des Versicherten gerichtet sind (vgl BSG aaO; BSG [SozR 3-2200 Â§ 1237 Nr 2](#); BSG [SozR 3-5765 Â§ 1 Nr 1](#); [BSGE 85, 298, 302 = SozR 3-2600 Â§ 10 Nr 2](#)).

Diese Zielsetzung mu $\ddot{a}$  sich grunds $\ddot{a}$ tzlich auch in der Art und Weise der Leistungserbringung niederschlagen. So hat das BSG bei Blasmusikern den rehabilitativen Charakter eines im Hinblick auf die Berufsausbildung besonders gearteten Zahnersatzes bejaht (vgl BSGE 27, 37 = SozR Nr 3 zu [Â§ 1236 RVO](#); [BSGE 29, 133 = SozR Nr 5 zu Â§ 1237 RVO](#); [BSGE 45, 212 = SozR 2200 Â§ 1282 Nr 29](#); [BSGE 50, 156 = SozR 2200 Â§ 1237 Nr 15](#)). Gerade auch bei station $\ddot{a}$ rer Suchtbehandlung hat das BSG zur Abgrenzung der Leistungsbereiche von Kranken- und Rentenversicherung auf die konkrete Art und Weise der jeweiligen Ma $\ddot{a}$ nahme abgestellt (vgl zB [BSGE 46, 41 = SozR 2200 Â§ 184a Nr 1](#)). Erfolgt die Ma $\ddot{a}$ nahme im wesentlichen unter der aktiven und fortdauernden  $\hat{=}$  in der Regel  $\ddot{a}$ u $\ddot{e}$ erlich  $\hat{=}$  behandelnden Einwirkung des Arztes auf den Patienten unter Zuhilfenahme der technischen Apparaturen des Krankenhauses und unter st $\ddot{a}$ ndiger Assistenz, Betreuung und Beobachtung durch fachlich geschultes Pflegepersonal und ist sie darauf gerichtet, die Krankheit zu bek $\ddot{a}$ mpfen und zumindest in erheblichem Ma $\ddot{a}$ ße den k $\ddot{a}$ rperlichen Zustand des Patienten zu verbessern, f $\ddot{a}$ llt sie danach in den Zust $\ddot{a}$ ndigkeitsbereich der Krankenversicherung. Ist die Ma $\ddot{a}$ nahme hingegen vorwiegend darauf gerichtet, den Zustand des Patienten durch seelische und geistige Einwirkung und durch Anwendung von Heilmitteln zu beeinflussen, ihm Hilfestellung zur Entwicklung eigener Abwehrkr $\ddot{a}$ fte zu geben, hat die Ver $\ddot{a}$ nderung des k $\ddot{a}$ rperlichen Zustandes des Patienten eine zwar nicht unwesentliche, jedoch mehr begleitende Bedeutung und ist die pflegerische Betreuung des Patienten der  $\ddot{a}$ rztlichen Behandlung eher nebengeordnet, so liegt

---

es nahe, sie primär dem Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherung zuzuordnen (vgl BSG aaO S 45).

Vorliegend sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, daß die Ausgestaltung der streitigen ambulanten Behandlungen über das Ziel einer Besserung des Gesundheitszustandes des Beigeladenen hinaus entscheidend davon geprägt war, auch dessen Erwerbsfähigkeit positiv zu beeinflussen. Allem Anschein nach handelte es sich um typischerweise rein kurative Behandlungsmaßnahmen von Ärzten und Zahnärzten. Besondere auf eine Steigerung der Erwerbsfähigkeit ausgerichtete Heil- oder Hilfsmittel sind offensichtlich nicht zum Einsatz gekommen.

Abgesehen davon scheidet bei einer gesonderten Betrachtung der einzelnen in Rechnung gestellten ambulanten Behandlungen eine Leistungsgewährung durch die Beklagte jedenfalls nach [Â§ 13 Abs 2 Nr 1 SGB VI](#) aus. Denn die zugrundeliegenden Krankheiten befanden sich wovon das SG in Übereinstimmung mit dem Kläger und der Beklagten ausgegangen ist jeweils bei Beginn der fraglichen ärztlichen und zahnärztlichen Maßnahmen in einer Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193](#) des Sozialgerichtsgesetzes. Dabei ist berücksichtigt worden, daß sich der Beigeladene während des gesamten Verfahrens nicht zur Sache geäußert hat.

Erstellt am: 25.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024