

L 11 KR 4196/05

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 2 KR 1283/03
Datum
31.05.2005
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 4196/05
Datum
29.08.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 31. Mai 2005 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist ein Anspruch auf Freistellung von den Kosten für eine Maßnahme in der Kurklinik B. M. vom 02.04. bis 30.04.2003 als Leistung zur medizinischen Rehabilitation streitig.

Der am 31.01.1932 geborene Kläger war jahrelang freiwilliges Mitglied der Beklagten und ist seit dem 01.04.2002 in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) pflichtversichert. Er bezieht seit Jahren Rente bzw. Altersruhegeld und ist mit einem Grad der Behinderung (GdB) von 100 als Schwerbehinderter anerkannt, wobei zusätzlich die Merkzeichen G, B, RF und aG festgestellt sind. Vom 04.08.1999 bis 01.09.1999 befand sich der Kläger in einer stationären Reha-Maßnahme, deren Kostenträger die Beklagte war, in der G.-Klinik Stadt H. GmbH in St. P.-O. (Diagnosen: chronisch obstruktive Bronchitis mit schwerer gemischter Ventilationsstörung; Z.n. bds. Segmentresektion und Radiatio wegen Bronchial-Ca. 1994; ausgeprägtes degeneratives LWS-Syndrom, Coxarthrose beidseits li.)re.). Seit September 1999 war beim Kläger Pflegestufe I und ab November 1999 Pflegestufe II anerkannt. Seit Juli 2003 liegen die Voraussetzungen zur Anerkennung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III vor.

Am 11.11.2002 beantragte der Kläger unter Vorlage eines ärztlichen Antrags von Dr. v. S., Facharzt für Allgemeinmedizin, erneut eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme. Dr. v. S. begründete die Maßnahme damit, der Kläger sei bei ihm seit vielen Jahren in Behandlung wegen weitgehender Erblindung bei seniler Makuladegeneration, Demenz, vaskulärer Marklagerencephalopathie, chronischer Bronchitis, Hypertonie, degenerativen Wirbelsäulenveränderungen als Kriegsfolge und Zustand nach zweimaligem beidseitigen Lungencarcinom mit Operationen und Bestrahlungen. Der Arzt wies ferner auf die Schwerbehinderteneigenschaft des Klägers, die festgestellten Merkzeichen und die Pflegestufe II sowie darauf hin, dass die Ehefrau des Klägers im Februar 2003 in Kur sei und der Kläger in diesem Zeitraum versorgt werden müsse bzw. eine kurmäßige Behandlung benötige. Auf die Frage nach Behandlungsmaßnahmen nannte Dr. v. S. verschiedene Medikamente als Dauermedikation und Krankengymnastik durch die Ehefrau. Die ambulanten Maßnahmen am Wohnort seien ausgeschöpft. Beigefügt war u.a. eine Bestätigung der Kurklinik B. M. über einen Kuraufenthalt der Ehefrau des Klägers, der im Januar 2003 beginnen sollte (tatsächlicher Beginn 02.04.2003 bis 30.04.2003), einen Antrag der (versorgungsberechtigten) Ehefrau des Klägers beim Versorgungsamt R. auf "Unterbringung" des Klägers in dieser Klinik und eine augenärztliche Bescheinigung vom Juni 2002 über eine weitere Herabsetzung der Sehschärfe am einzigen guten Auge des Klägers auf 0,16 aufgrund einer senilen Makuladegeneration, ferner ein Schreiben der Kurklinik B. M. bezüglich der Bereitschaft, den Kläger als Selbstzahler aufzunehmen (mit einem pauschalierten Pflegesatz von zur Zeit 89,60 EUR) sowie ein Angebotsblatt für Selbstzahler für die Zeit zwischen November und März.

Die Beklagte holte eine sozialmedizinische Beratung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) ein. Dr. B. führte aus, ein nachhaltiges Reha-Potential sei anhand der antragsrelevanten Diagnosen und vorliegenden Mitteilungen nicht im erforderlichen Umfang erkennbar.

Mit Bescheid vom 06.12.2002 lehnte die Beklagte hierauf den Antrag ab.

Die Ehefrau des Klägers nahm das Angebot der Kurklinik B. M. bezüglich der Unterbringung des Klägers an und erhob für den Kläger Widerspruch gegen die Entscheidung der Beklagten. Zur Begründung wurde auf die Pflegebedürftigkeit des Klägers für die Zeit der

Unterbringung ab 02.04.2002 für die Dauer von vier Wochen verwiesen. Seit 01.08.1999 versorge sie den Kläger mit Einsatz von zwei Hilfskräften rundum und müsse ihn wegen Blindheit führen. Da sie als Kriegsbeschädigte mit einer MdE von 70 v.H. die Kur dringend benötige, sei die Unterbringung des zu pflegenden Klägers aus der Pflegekasse zu übernehmen. Sie nahm ferner Bezug auf die "ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung" von Dr. v. S. vom 17.12.2002. Darin wurde dargelegt, dass der Kläger fast nichts mehr sehe, aber immer noch von seiner Frau geführt werde und somit noch am gesellschaftlichen Leben teilnehmen könne. Dank der intensiven Bemühungen seiner Ehefrau sei der Kläger noch nicht bettlägerig, geistig weitgehend wach und beherrsche sehr wohl noch seinen Körper, wenn er auch an verschiedenen Stellen Hilfe brauche. Es gebe im Alltag zahlreiche Aktivitäten, die nicht von der Ehefrau gemacht werden müssten, wenn der Kläger körperlich in einen solchen Fitnesszustand gebracht werden könnte, dass er sich selbst besser versorgen könne. Eine Rehabilitationsmaßnahme wäre von daher mehr als günstig, weil hierdurch die Lebensqualität des Klägers im Alltag verbessert, der Pflegebedarf deutlich gesenkt und auch zweifelsohne für die psychische Situation ein äußerst stabilisierender Einfluss erzielt würde.

Hierzu äußerte sich Dr. B. vom MDK dahingehend, dass sich wesentliche neue Erkenntnisse nicht ergäben. Ein nachhaltiges Reha-Potential sei anhand der antragsrelevanten Diagnosen (senile Makuladegeneration mit weitgehender Erblindung, Demenz, chronische Bronchitis, Hypertonie, degenerative Wirbelsäulenveränderungen, Z.n. Lungencarcinom beidseits mit Operationen und Radiationen) nach wie vor nicht in erforderlichem Umfang erkennbar.

Am 02.04.2003 trat die Ehefrau des Klägers die bis 30.04.2003 dauernde Heilbehandlung in der Kurklinik B. M. an. Von der Möglichkeit der Verhinderungs- bzw. Ersatzpflege wurde aufgrund der Mitaufnahme des Klägers kein Gebrauch gemacht. Während der Kurmaßnahme erhielt die Ehefrau des Klägers als Pflegeperson das Pflegegeld weiter. Dem Abschlussbericht der Kurklinik B. M. vom 06.05.2003 zufolge wurde der Kläger wegen weitgehender Erblindung und Multimorbidität bei 100 % Schwerbehinderung mit G, RF, aG und B sowie Pflegestufe II auch in der Einrichtung untergebracht. Die Therapie bestand in purinarter Reduktionsschonkost, Bindegewebsmassagen, Kneipp'schen Wechselkneigüssen, Einzelkrankengymnastik und Schlingentisch, Schwimmen und Ergometertraining. Der Kläger habe auch ausführliche Ernährungsberatung erhalten.

In der Folge legte der Kläger noch die von Dr. v. S. ausgestellte Verordnung von Krankenhausbehandlung (Notfall) vom 02.04.2003 vor.

Mit Widerspruchsbescheid vom 05.06.2003 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers gestützt auf die Äußerungen des MDK zurück.

Deswegen erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Konstanz (SG), mit der er die Freistellung von seiner Zahlungsverpflichtung gegenüber der Kurklinik B. M. weiterverfolgte. Unter Hinweis auf die Bescheinigung von Dr. v. S. machte er geltend, durch die stationäre Rehabilitationsmaßnahme sei eine Verschlechterung seines gesundheitlichen Zustandes vermieden worden. Dem Abschlussbericht sei zu entnehmen, dass seine gesundheitliche Situation in erheblichem Umfang positiv habe beeinflusst werden können. Das Versorgungsamt R. habe eine Kostenerstattung ebenfalls abgelehnt (Schreiben vom 22.05.2003). Die Klinik habe für seinen stationären Aufenthalt vom 02.04. bis 30.04.2003 EUR 2.508,80 in Rechnung gestellt und das Mahnverfahren eingeleitet. Der Kläger legte zahlreiche Unterlagen (u.a. die Rechnung der Kurklinik B. M. vom 05.05.2003, einen Überweisungsbeleg vom 18.06.2003 über 405,30 EUR, eine Aufstellung der erbrachten Leistungen in Höhe von 405,30 EUR, die Mahnung der Landesoberkasse Baden-Württemberg vom 27.06.2003 und die Zahlungsaufforderung vom 18.07.2003, Schriftverkehr mit dem Versorgungsamt R., Bewilligungsbescheid der Pflegekasse vom 01.04.2003) vor.

Das SG zog den ärztlichen Abschlussbericht der Kurklinik B. M. über die Selbstzahler-Kur des Klägers vom 02.04. bis 30.04.2003 bei und hörte Dr. v. S. als sachverständigen Zeugen. Dieser berichtete unter Beifügung weiterer Arztunterlagen (u.a. Arztberichte des Chirurgen Dr. R. vom Juni 2002, des HNO-Arztes Dr. S. vom November 2002, des Radiologen R. vom Juli 2003, des Neurologen und Psychiaters Dr. N. vom Juli 2003) über die Behandlungen des Klägers im letzten Jahr und teilte die erhobenen Befunde und Krankheitsäußerungen sowie die durchgeführten Behandlungsmaßnahmen mit. Der Kläger sei blind und auf eine Betreuung im Alltag angewiesen. Er habe zuhause einen Rollstuhl und werde in allen Dingen des Lebens von seiner Ehefrau versorgt und betreut. Mit seinen Behinderungen sei der Kläger für den Rest seines Lebens auf Hilfe angewiesen. Je selbständiger er werde, desto geringer würden der Aufwand für Dritte und damit auch die entstehenden Kosten, soweit die Pflege nicht von der Ehefrau ausgeführt werden könne. Die ambulanten Maßnahmen seien sicher sinnvoll, um das fortzusetzen, was in einem Rehabilitationsverfahren erlernt werden könne. Die normalerweise bezahlten durchschnittlich zwei Anwendungen pro Woche reichten aber sicher nicht aus, in einem vertretbaren Zeitraum all das zu lernen und in praktische Handlungsmaßnahmen umzusetzen, was ein Leben im Alltag ausmache. Sicher seien die Grunderkrankungen nicht zu verbessern, es sei jedoch anzustreben, dem Kläger ein weitgehend unabhängiges Leben zu ermöglichen.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Nach dem Ergebnis sämtlicher Unterlagen habe der stationäre Aufenthalt des pflegebedürftigen Klägers in der Kurklinik B. M. allein dazu gedient, dessen Versorgung während der stationären Rehabilitationsmaßnahme seiner Ehefrau zu sichern. Die Durchführung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme sei im Fall des Klägers weder zweckmäßig noch notwendig gewesen. Er habe über kein ausreichendes Rehabilitationspotential verfügt. Dies werde auch durch die Pflegefallunterlagen belegt. Es sei widersprüchlich, wenn behauptet werde, der Kläger sei nach dem stationären Aufenthalt in der Kurklinik B. M. mit gutem Kurerfolg nach Hause entlassen worden, er jedoch aufgrund einer gleichzeitig eingetretenen Gesundheitsverschlechterung seit Juli 2003 pflegebedürftig im Umfang der Pflegestufe III sei. Zudem sei die Durchführung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme sozialmedizinisch nicht notwendig gewesen, da dem Kläger während der letzten zwölf Monate vor Antritt des stationären Aufenthaltes keinerlei Behandlungsmaßnahmen verordnet worden seien. Die Beklagte fügte Pflegefallunterlagen bei (u.a. den Antrag der Ehefrau des Klägers auf Neueinstufung der Pflegebedürftigkeit des Klägers in Stufe II vom November 1999, die Pflegegutachten vom November 1999 und Oktober 2000, den Antrag des Klägers auf Pflegestufe III unter Hinweis auf seine Erblindung und das Pflegegutachten vom September 2003, demzufolge aus medizinischer Sicht die Voraussetzungen zur Anerkennung einer Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III seit Juli 2003 vorliegen), ferner einen erneuten Antrag des Klägers auf Gewährung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme bzw. einer Krankenhausbehandlung in D ...

Mit Urteil vom 31.05.2005, den Prozessbevollmächtigten des Klägers zugestellt am 28.09.2005, wies das SG die Klage ab. In den Entscheidungsgründen führte es im Wesentlichen aus, dem Kläger stehe der geltend gemachte Freistellungsanspruch gegen die Beklagte nicht zu. Beim Kläger habe kein Notfall vorgelegen, insbesondere könne die Tatsache, dass der Kläger habe versorgt werden müssen, weil die Pflegeperson ab 02.04.2003 in der Kurklinik B. M. gewesen sei, einen Kostenerstattungs- bzw. Freistellungsanspruch nicht begründen, da das Vorhandensein oder Fehlen einer Pflegeperson keine Voraussetzung für einen Anspruch auf die in § 11 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) aufgeführten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sei. Die Beklagte habe den Antrag auf Bewilligung einer stationären

Rehabilitationsmaßnahme auch nicht zu Unrecht abgelehnt. Dabei werde offen gelassen, ob der Kläger über das von der Beklagten geforderte Rehabilitationspotential verfügt habe oder nicht. Zweifel seien angebracht. Das von Dr. v. S. in den Vordergrund gestellte Ziel einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, Pflegebedürftigkeit zu mindern, habe, wie die alsbald nach der Maßnahme erfolgte Einstufung in die Pflegestufe III zeige, nicht erreicht werden können, weil der Kläger nicht rehabilitationsfähig gewesen sei. Einen Anspruch auf stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung habe der Kläger jedenfalls deswegen nicht, weil zuvor noch nicht einmal der Versuch unternommen worden sei, die in [§ 11 Abs. 2 SGB V](#) beschriebenen Ziele mit Hilfe ambulanter Krankenbehandlung, erforderlichenfalls auch mit Hilfe ambulanter Rehabilitationsleistungen, zu erreichen.

Hiergegen richtet sich die am 12.10.2005 eingelegte Berufung des Klägers. Er macht zur Begründung geltend, das SG habe sich mit seiner Argumentation nicht hinreichend auseinandergesetzt, außerdem sei zu klären, ob eine andere dringliche Bedarfslage bejaht werden könne, welche den geltend gemachten Freistellungsanspruch rechtfertigen könnte. Er habe Anspruch auf Heilbehandlungen mit Einstellung der lebensnotwendigen Medikamente und entsprechend der Einweisungsverfügung vom April 2006 auf Behandlung in der Pneumologie D.-W ... U.a. lege er die von dem Lungenfacharzt Dr. W. ausgestellte Verordnung von Krankenhausbehandlung in der H.-Klinik St. W., D., vor.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 31. Mai 2005 sowie den Bescheid vom 6. Dezember 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. Juni 2003 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihn von der Leistungsverpflichtung gegenüber der Kurklinik B. M. in Höhe von 2.508,80 EUR freizustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie erachtet das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Senat hat den Entlassungsbericht der G.-Klinik Stadt H. GmbH, St. P.-O., über die stationäre Reha-Maßnahme des Klägers vom 04.08. bis 01.09.1999 beigezogen.

Der Kläger hat schließlich noch Unterlagen im Hinblick auf eine angestrebte vergleichsweise Regelung der angefallenen Pflegeverhinderungskosten vorgelegt.

Die Beklagte hat den Vergleichsvorschlag nicht angenommen und darauf hingewiesen, dass die Frage der Pflegekosten nicht Streitgegenstand dieses Verfahrens sei.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz sowie die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers, über die der Senat ohne mündliche Verhandlung entscheiden konnte ([§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)), ist zulässig, jedoch nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, denn die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Er hat keinen Anspruch auf Freistellung von seiner Leistungsverpflichtung gegenüber der Kurklinik B. M. oder auf Erstattung der Kosten.

Gegenstand des Rechtsstreits ist allein die im Bescheid vom 06.12.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05.06.2003 abgelehnte Bewilligung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in der Kurklinik B. M. vom 02.04. bis 30.04.2003 und der vom Kläger insoweit geltend gemachte Freistellungsanspruch gegen die Beklagte. Die in der Folgezeit beantragten stationären Aufenthalte, z.B. in D., sind dagegen nicht Streitgegenstand dieses Verfahrens. Insoweit ergangene Bescheide sind weder in unmittelbarer oder entsprechender bzw. sinngemäßer Anwendung des [§ 96 SGG](#) Gegenstand des allein die Kurbehandlung vom 02.04. bis 30.04.2003 betreffenden Rechtsstreits geworden (vgl. zu [§ 96 SGG](#) die neuere Rechtsprechung des BSG, zum Ganzen z.B.: BSG, Urteil vom 13.12.2005 - [B 1 KR 21/04 R](#) - m.w.N.). Ebenfalls nicht Gegenstand dieses Rechtsstreits ist die Frage von Pflegekosten. Insoweit fehlt es bereits an der Zuständigkeit der Beklagten, denn für Pflegekosten ist die Pflegekasse zuständig.

Die gesetzlichen Voraussetzungen für einen Anspruch auf Kostenerstattung bzw. Freistellung von den Kosten für die selbst beschaffte Kurmaßnahme vom 02.04. bis 30.04.2003 ([§ 13 Abs. 3 SGB V](#)) und für einen Anspruch auf eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme sind im Urteil des SG zutreffend dargestellt. Hierauf wird zur Vermeidung von Wiederholungen Bezug genommen.

In Ansehung dieser rechtlichen Vorgaben hat das SG in nicht zu beanstandender Weise entschieden, dass dem Kläger der geltend gemachte Freistellungsanspruch gegen die Beklagte nicht zusteht. Der Senat schließt sich den zutreffenden Ausführungen des SG in vollem Umfang an und sieht deswegen von einer weiteren Darstellung seiner Entscheidungsgründe ab ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Ergänzend ist lediglich darauf hinzuweisen, dass sich die Frage, ob eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme zu gewähren ist, nach [§§ 11, 40 SGB V](#) bestimmt. Danach kann die Kasse zur Behandlung einer Krankheit oder um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme gewähren, wenn eine ambulante Rehabilitationskur oder ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht. Denn [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) macht den Anspruch auf ambulante Rehabilitationsleistungen davon abhängig, dass ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht; nach [§ 40 Abs. 2 SGB V](#) setzt der Anspruch auf stationäre Rehabilitation voraus, dass eine ambulante Leistung nach [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) nicht ausreicht. Dabei hängt die Feststellung der Notwendigkeit und der Erfolgsaussicht einer beantragten Rehabilitationsmaßnahme

weder nach dem Wortlaut noch nach dem Sinn des Gesetzes vom Ermessen der Krankenkasse ab. Nur wenn die genannten Tatbestandsvoraussetzungen vorliegen, kann sich die Frage stellen, ob die Gewährung dennoch mit Ermessenserwägungen versagt werden darf (vgl. BSG, Urteil vom 25.03.2003 - [B 1 KR 33/01 R](#) -). Einen Ermessensspielraum hat die Krankenkasse jedoch im Hinblick darauf, "wie" die Maßnahme bewilligt wird. Nach [§ 40 Abs. 3 Satz 4 SGB V](#) können Leistungen nach den Abs. 1 und 2 nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. § 23 Abs. 7 gilt entsprechend. [§ 40 Abs. 3 Satz 4 SGB V](#) bestimmt mithin als Grundsatz, dass ambulante wie stationäre Reha-Maßnahmen nicht vor Ablauf von vier Jahren wiederholt bzw. erbracht werden "können" (= dürfen). Eine Ausnahme von diesem Leistungsintervall ist ausschließlich bei dringender Erforderlichkeit aus medizinischen Gründen zulässig. Das ist der Fall, wenn andernfalls die unmittelbare Gefahr erheblicher gesundheitlicher Nachteile besteht, eine erneute Gewährung ambulanter oder stationärer Reha-Maßnahmen also unaufschiebbar ist (vgl. Noftz in: Hauck/Haines, Sozialgesetzbuch SGB V K § 40 Rdnr. 62, 64). Die Frist beginnt mit dem auf die (frühere) Entlassung aus der Maßnahme folgenden Tag und endet mit Ablauf des diesem entsprechenden Tages ([§ 26 Abs. 1 SGB X](#), [187 Abs. 1](#), [188 Abs. 2 BGB](#)). Dies bedeutet vorliegend angesichts der bereits vom 04.08. bis 01.09.1999 von der Beklagten gewährten Reha-Maßnahme, dass vor dem 02.09.2003 nur im oben genannten Ausnahmefall stationäre Reha-Maßnahmen erbracht werden durften.

Der Senat vermochte sich in Würdigung der aktenkundigen Befunde und ärztlichen Äußerungen nicht davon zu überzeugen, dass beim Kläger stationäre Reha-Leistungen unaufschiebbar waren, d.h. andernfalls die unmittelbare Gefahr erheblicher gesundheitlicher Nachteile bestand. Es ist schon nicht belegt, worauf das SG zu Recht hingewiesen hat, dass die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft wurden und diese nicht ausreichend waren. Außerdem teilt der Senat die Ansicht der Beklagten im Anschluss an die Stellungnahmen des MDK, dass beim Kläger ein Rehabilitationspotential angesichts der Mehrfachbehinderung bei annähernder Blindheit nicht erkennbar war, was bei der Beurteilung der Erfolgsaussicht einer stationären Reha-Maßnahme mittels vorausschauender Prognose von Bedeutung ist. Letztlich ist durch den weiteren Krankheitsverlauf beim Kläger nach Beendigung der Maßnahme in B. M. (Pflegestufe III seit Juli 2003) die negative Prognoseentscheidung des MDK bestätigt worden. Ungeachtet dessen müssen zur vorzeitigen stationären Reha-Maßnahme darüber hinaus bei Nichtgewährung erhebliche gesundheitliche Nachteile drohen. Dass dies beim Kläger der Fall gewesen wäre, lässt sich aber weder den Äußerungen von Dr. v. S. noch den vorliegenden Befundberichten und insbesondere auch nicht dem Abschlussbericht der Kurklinik B. M. vom 06.05.2003 entnehmen. Der Kläger wurde, worauf die Beklagte zu Recht hingewiesen hat, in der Klinik untergebracht und versorgt, weil der pflegenden Ehefrau eine Kur in der Kurklinik B. M. ab 02.04.2003 gewährt wurde. Dass sich die Ernährungsberatung und verabreichte Reduktionskost sowie die durchgeführten Behandlungen (Massage, Krankengymnastik, Schwimmen, Ergometertraining, Wechselgüsse) beim Kläger günstig im Sinne der Erholung auswirkten, bedeutet nicht, dass ohne stationärer Aufenthalt gesundheitliche Nachteile drohten. Das gleiche gilt im Hinblick auf die Empfehlung der Kurärzte der G.-Klinik Stadt H. GmbH im Entlassungsbericht vom September 1999, dass eine Wiederholung der Rehabilitationsmaßnahme auch vor der gesetzlich vorgeschriebenen Frist indiziert sei.

Die Berufung des Klägers konnte hiernach keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht gegeben.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2006-09-06