

L 4 R 3966/06

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG Freiburg (BWB)

Aktenzeichen

S 6 R 3774/05

Datum

01.06.2006

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 4 R 3966/06

Datum

29.08.2007

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 01. Juni 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten darum, ob die Beklagte dem Kläger eine stationäre medizinische Rehabilitation zu gewähren hat.

Der am 1968 geborene Kläger ist 1977 aus Rumänien nach Stuttgart umgesiedelt. Er ist verheiratet und Vater von vier in den Jahren 1995, 1997, 1999 und 2005 geborenen Kindern. Er durchlief eine Ausbildung zum Orthopädietechniker. In diesem Beruf war er von 1987 bis 1992 tätig. Dann erfolgte aus gesundheitlichen Gründen (bronchiale Hyperreagibilität) eine Umschulung zum Heilpraktiker, seit 1994 zum Masseur und medizinischen Bademeister. Diesen Beruf übte er nach Ende der Ausbildung 1998 bis zum Jahr 2000 aus. Dann gab er diese Tätigkeit aus familiären Gründen auf. Seine Ehefrau ist als Physiotherapeutin selbstständig tätig.

Der Kläger war bereits vom 12. November bis zum 10. Dezember 1997 zur Durchführung stationärer Rehabilitation in der A. S. Klinik in K ... Vom 07. Februar bis 28. Februar 2001 wurde in derselben Klinik eine weitere stationäre Rehabilitation durchgeführt. Am 02. März 2005 beantragte er bei der BKK DER PARTNER (Beigeladene), bei der er familienkrankenversichert ist, erneut eine stationäre Rehabilitation. Er gab er an, er sei Hausmann und nebenberuflich geringfügig selbstständig tätig. Er sei nervlich überreizt und habe Asthma. Die drei Kinder sollten ihn bei der Kur begleiten, weil wegen der Berufstätigkeit der Mutter die Kinder ansonsten nicht versorgt werden könnten. Die Leistung solle vom 28. Juli bis 10. September 2005 in Form einer Vater-Kind-Kur in der Hochgebirgsklinik Davos durchgeführt werden. Dem Antrag war ein Kurvorschlag des Arztes für Allgemeinmedizin H. vom 17. Februar 2005 beigelegt. Die Kur sei wegen einer psychopsychischen Erschöpfung sowie eines Asthma bronchiale bzw. COPD erforderlich. Facharzt für Kinderheilkunde/Psychotherapie Dr. R. reichte ergänzend die Kurvorschläge vom 05. April 2005 für die Kinder A. C., geboren am. 1995; und F. F., geboren am. 1997, ein. Beide seien nicht therapiebedürftig, zur Entlastung der Mutter, die im Mai ein weiteres Kind erwarte, sei die Begleitung sinnvoll.

Die Beigeladene leitete den Antrag mit Schreiben vom 13. April 2005 an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Rechtsvorgängerin der Beklagten, (im Folgenden einheitlich Beklagte) weiter mit der Erläuterung, dies erfolge wegen Unzuständigkeit. Eine inhaltliche Prüfung der Zuständigkeit durch sie sei erfolgt. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für medizinische Leistungen zur Rehabilitation durch die Rentenversicherung seien erfüllt. Der Weiterleitung lag eine schriftliche Notiz eines Mitarbeiters des Medizinischen Diensts der Krankenversicherung Niedersachsen vom 12. April 2005 zu Grunde, wonach der Kläger rehabilitationsbedürftig sei. Die drei Kinder seien gesund.

Die Beklagte veranlasste die Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen. Nachdem diese ergab, dass der Kläger die allgemeine Wartezeit erfüllte, wurden medizinische Unterlagen und Entlassungsberichte über die früheren Rehabilitationsmaßnahmen beigelegt. Mit Bescheid vom 28. April 2005 lehnte die Beklagte den Antrag ab. Beim Kläger liege keine wesentliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben vor. Die Auswertung der medizinischen Unterlagen habe ergeben, dass ein nervöser Erschöpfungszustand, Untergewicht und eine chronische Bronchitis vorliege. Auch nach den Leistungsgesetzen eines anderen Rehabilitationsträgers liege Rehabilitationsbedürftigkeit nicht vor. Erforderlich sei eine ambulante fachübergreifende Therapie.

Der Kläger legte am 02. Mai 2005 Widerspruch ein. Die Notwendigkeit einer Kurmaßnahme ergebe sich bereits aus einer krankheitsbedingten Umschulung durch das (früheren) Arbeitsamt und den zwei stationären Behandlungen, die die Beklagte früher bewilligt habe. Diese vor einigen Jahren durchgeführten Kurmaßnahmen seien sehr erfolgreich gewesen, sodass er seine berufliche Tätigkeit weiterhin habe ausführen können. Mittlerweile habe sich eine gesundheitliche Verschlechterung ergeben, die ambulant nicht adäquat zu behandeln sei. Das chronische Bronchialleiden bedürfe einer erneuten stationären Behandlung und Untersuchung. Hinzu komme sein seelischer Erschöpfungszustand.

Die Beklagte veranlasste eine Begutachtung des Klägers. Unter Auswertung von Laborbefunden führte Fachärztin für Innere Medizin Dr. K.-H. in ihrem Gutachten vom 22. Juni 2005 zusammenfassend aus, beim Kläger sei seit ca. 13 Jahren eine Atemwegserkrankung auf dem Boden einer allergischen Diathese und eines früheren Nikotinabusus bekannt. Diese Erkrankung sei mit verschiedenen Methoden behandelt erworben. Aufgetreten seien typische Asthmaanfälle niemals und in den zurückliegenden drei Jahren nur leichtgradige Beschwerden. Nach seinen Angaben benutze er seit zwei Monaten ein inhalatives Steroid. Mit dieser Medikation sei Symptombefreiheit eingetreten. Die Untersuchungen hätten keine relevante Atemwegsobstruktion sowie in der Ergometrie eine gute Belastbarkeit ergeben. Der laborchemische Befund sei unauffällig. Auf internistischem Gebiet sei keine Erkrankung festzustellen, die die Erwerbsfähigkeit des Klägers mindere. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation seien nicht angezeigt. Der Kläger könne noch mittelschwere Arbeiten überwiegend in Stehen oder Gehen oder Sitzen sowohl in Tages-, Früh-, Spät- oder Nachtschicht ausüben. Wegen der bekannten Allergie müsse eine inhalative Belastung sowie extrem schwankende Temperaturen vermieden werden. Der Kläger könne in seinem erlernten Beruf weiter vollschichtig arbeiten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 17. August 2005 wies die Widerspruchsstelle der Beklagten den Widerspruch zurück. Der Gesundheitszustand des Klägers rechtfertige keine Gewährung von Leistungen zu medizinischen Rehabilitation. Die festgestellten Gesundheitsstörungen würden eine ambulante fachärztliche Behandlung erfordern. Notwendig sei seine ambulante Maßnahme zur Gewichtsreduktion. Das internistische Fachgutachten von Dr. K.-H. habe keine weiteren Gesundheitsstörungen ergeben.

Der Kläger hat am 14. September 2005 Klage zum Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben. Er hat sich im Wesentlichen auf seine Ausführungen im Vorverfahren bezogen. Es gehe ihm um die Behandlung sowohl der obstruktiven Bronchitis als auch der psychischen Überlastungssituation. Dieser Gesundheitszustand habe in den Jahren 1997 und 2001 einen Rehabilitationsbedarf begründet. Dies könne jetzt nicht anders sein. Chronische Erkrankungen würden sich im Laufe der Jahre eher verschlimmern als verbessern. Einige seiner Leiden seien nicht berücksichtigt. Bei ihm liege eine chronisch obstruktive Bronchitis, eine Lungenüberblähung und eine wabenförmige Bronchiektasie sowie ein beträchtliches Untergewicht, aber kein Übergewicht vor. In psychologischer Behandlung befinde er sich nicht.

Die Beklagte hat sich auf ihre Ausführungen im Widerspruchsverfahren berufen.

Das SG hat den Arzt für Allgemeinmedizin H. als sachverständigen Zeugen gehört. Er hat in seinem Schreiben (Eingang 08. März 2006) mitgeteilt, er habe den Kläger zweimal im Februar und einmal im April 2005 behandelt. Die Lunge und die Laborwerte seien ohne Befund. Die Erwerbsfähigkeit des Klägers sei zur Zeit nicht gefährdet.

Mit Urteil vom 01. Juni 2006 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Erwerbsfähigkeit des Klägers sei wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung nicht gefährdet oder gemindert. Dies ergebe sich aus der Auskunft des Hausarztes H. und aus dem Gutachten der Dr. K.-H. ... Es bestehe auch kein Anspruch auf medizinische Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter nach [§ 41](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) und auf medizinische Leistungen für Mütter und Väter nach [§ 24 SGB V](#) zu Lasten der Krankenkasse.

Gegen das mit Übergabe-Einschreiben am 7. Juli 2006 zur Post gegebenen Urteil hat der Kläger am 07. August 2006 Berufung eingelegt. Eine chronische Lungenerkrankung stelle ein leistungsminderndes und meist lebensverkürzendes Übel dar. Er habe beim SG eine Untersuchung bei einem Lungenfacharzt beantragt. Diese sei leider nicht angeordnet worden. Der von ihm im "Juli" 2006 konsultierte Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie, Umweltmedizin Dr. S. habe eine um das 2,5-fache reduzierte Lungenleistung festgestellt. Die Gutachterin Dr. K.-H. habe ihm gegenüber mitgeteilt, sie befürworte eine Kur. Ein Übergewicht liege bei ihm nicht vor, er wiege nur 61 Kilogramm. Dieses Untergewicht sei Folge der Lungenerkrankung. Auch werde seine psychische Überlastung nicht erwähnt. Dass er nicht lange bei Ärzten gewesen sei, beruhe neben dem Mangel an Zeit darauf, dass er selbst eine Heilpraktiker-Ausbildung durchlaufen habe und sich zu einem guten Teil selbst behandle. Die Optimierung der Therapie umfasste auch eine stationäre Kur. Auch sei er in psychotherapeutischer Behandlung gewesen.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 01. Juni 2006 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 28. April 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. August 2005 zu verurteilen, ihm stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält den Vortrag des Klägers für unsubstantiiert.

Der Berichterstatter hat Dr. S. als sachverständigen Zeugen gehört. In seiner Auskunft vom 25. September 2006 führt er aus, er habe den Kläger nur einmal am 12. Juni 2006 untersucht. Der Kläger habe rhinokonjunktivitisches Beschwerden im Zusammenhang mit Pollenflug geltend gemacht. Diese Beschwerden bestünden seit zwei Jahren. Seit 2005 nehme der Kläger deshalb wieder ein Steroidspray. Parallel habe sich das bereits länger bestehende Asthma bronchiale verschlechtert. Die Ganzkörperplethysmographie habe unter der damaligen Therapie mit Flutide Diskus noch eine mittelgradige Obstruktion ergeben. Der Kläger erscheine untertherapiert. Er habe eine Änderung der Therapie und eine Intensivierung empfohlen. Es sei davon auszugehen, dass bei einer Verbesserung der Therapie eine weitgehend normale

Lungenfunktion erreicht werden könne und der Kläger in den angegebenen Berufen voll leistungsfähig sei.

Der Berichterstatter hat mit Beschluss vom 18. Juli 2007 die BKK DER PARTNER zum Verfahren beigelegt, die sich zur Sache nicht weiter einlässt.

Mit Schreiben vom 15. November 2006 und 18. Juli 2007 sind die Beteiligten darauf hingewiesen, dass beabsichtigt sei, nach [§ 153 Abs. 4](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zu entscheiden.

Wegen des weiteren Vortrags wird auf die beigelegten Akten der Beklagten, des SG und die Akten des Senats Bezug genommen.

II.

Die gemäß [§ 143 SGG](#) statthafte, nach [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung, über die der Senat nach Anhörung der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung und ohne ehrenamtliche Richter nach [§ 153 Abs. 4 SGG](#) entscheidet, ist zulässig, aber nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 28. April 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17. August 2005 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Er hat weder gegen die Beklagte noch gegen die Beigeladene einen Anspruch auf Bewilligung medizinischer Rehabilitationsleistungen.

1. Nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1](#) des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB VI) erbringt die Rentenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen, um den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden (Nr. 1) und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihre vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern (Nr. 2). Nach [§ 9 Abs. 2 SGB VI](#) können die Leistungen nach Abs. 1 erbracht werden, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Beim Kläger gegen die persönlichen Voraussetzungen nicht vor.

Nach [§ 10 Abs. 1 SGB VI](#) haben Versicherte für Leistungen zur Teilhabe die persönlichen Voraussetzungen erfüllt, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist (Nr. 1) und bei denen voraussichtlich bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben abgewendet werden kann (Nr. 2a), 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 (Nr. 2b), bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit der Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden kann (Nr. 2c).

Die Erwerbsfähigkeit des Klägers ist nicht wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert. Unter Erwerbsfähigkeit ist die Fähigkeit, die bisherige berufliche Tätigkeit möglichst dauerhaft in normalem Umfang weiter ausüben zu können, zu verstehen. Abzustellen ist dabei grundsätzlich auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit. Berufliche Tätigkeiten der letzten Jahre, allerdings aus nicht allzu lange zurückliegender Zeit, sind einzubeziehen (BSG SozR 2200 § 1237 a Nr. 10: Veenker, Handbuch des Fachanwalts Sozialrecht, 1. Aufl. 2006, S. 607). Auf Grund der übereinstimmenden Einschätzung der Sachverständigen und der den Kläger behandelnden Ärzte geht auch der Senat davon aus, dass beim Kläger zwar eine ambulante Behandlung seiner Lungenerkrankung notwendig ist, dass aber eine Erwerbsminderung durch die bei ihm vorliegende Erkrankung weder bisher eingetreten ist, noch eine solche in Zukunft droht, sofern eine adäquate ambulante Therapie durchgeführt wird. Dem Gutachten der Dr. K.-H. vom 22. Juni 2005, das sie auf Grund einer Untersuchung des Klägers und der Auswertung der ausführlichen laborchemischen Befunde sowie der beigelegten ärztlichen Unterlagen und Entlassungsberichte erstellte, entnimmt der Senat, dass beim Kläger sei seit ca. 13 Jahren eine Atemwegserkrankung auf dem Boden einer allergischen Diathese und eines Nikotinabusus vorliegt. Typische Asthmaanfälle treten nicht auf. Seit der Kläger ein inhalatives Steroide verwendet, ist Symptombefreiheit eingetreten. Eine relevante Atemwegsobstruktion hat sich nicht gezeigt. Der Kläger zeigte in der Ergometrie vielmehr eine gute Belastbarkeit. Der laborchemische Befund war unauffällig. Auf Grund dieser von ihr erhobenen Befunde ist ihre Schlussfolgerung, wonach auf internistischem Gebiet keine Erkrankung festzustellen war, die die Erwerbsfähigkeit des Klägers mindern würde, nachvollziehbar und überzeugend. Der Kläger kann noch mittelschwere Arbeiten überwiegend in Stehen oder Gehen oder Sitzen sowohl in Tages-, Früh-, Spät- oder Nachtschicht ausüben. Wegen der bekannten Allergie müssen lediglich inhalative Belastungen sowie extrem schwankende Temperaturen vermieden werden. Der Kläger kann seinen zuletzt erlernten Beruf als Masseur und medizinischer Bademeister weiter vollschichtig verrichten. Die Einschätzung der Dr. K.-H. wird durch die Auskunft (Eingang beim SG 08. März 2006) des sachverständigen Zeugen Arzt für Allgemeinmedizin H. bestätigt. Bei seiner Behandlung (zweimal im Februar und einmal im April 2005) konnte er bezüglich der Lunge und der Laborwerte keine pathologischen Befunde ergeben. Die Erwerbsfähigkeit des Klägers war auch nach seiner Einschätzung nicht gefährdet. Dr. S. bestätigt in seiner Auskunft vom 25. September 2006 diese Beurteilung. Bei seiner Untersuchung des Klägers am 12. Juni 2006 kam er zu dem Ergebnis, der Kläger erscheine untertherapiert. Deshalb empfahl er eine Änderung der Therapie und eine Intensivierung. Dr. S. geht zusammenfassend davon aus, dass beim Kläger durch eine Verbesserung der Therapie eine weitgehend normale Lungenfunktion erreicht werden kann und der Kläger in den maßgebenden Berufen voll leistungsfähig ist.

Soweit der Kläger auf eine psychische Überlastung hinweist, lässt sich damit eine drohende Erwerbsminderung nicht begründen. Obwohl der Arzt H. eine solche Überlastung beim Kläger sieht, ist er der Auffassung, dass der Kläger in seiner Leistungsfähigkeit nicht gemindert ist. Der Kläger hat zwar im Berufungsverfahren eine psychotherapeutische Behandlung behauptet. In der dem SG vorgelegten Aufstellung der behandelnden Ärzte vom 18. November 2005 gab er insoweit lediglich eine Behandlung durch Dr. O.-H. im April 2001 (Blatt 7 SG-Akte) an. Eine aktuelle Behandlung erfolgt nicht, wie sich aus der Mitteilung des Klägers im März 2006 gegenüber dem SG ergibt, nicht in psychologischer Behandlung zu stehen (Blatt 16 der SG-Akte). Zudem hat der Kläger weder gegenüber dem SG noch gegenüber dem Senat den insoweit aktuell behandelnden Arzt angegeben. Auch aus den sonstigen Unterlagen ergeben sich keine Anhaltspunkte für eine aktuelle psychotherapeutische bzw. psychologischer Behandlung.

Neben den persönlichen Voraussetzungen sind auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des [§ 11 Abs. 1 SGB VI](#) nicht gegeben, weil der Kläger nach der in der Verwaltungsakte befindlichen Aufstellung der rentenrechtlichen Zeiten vom 19. April 2005 (Blatt 3/11 der

Verwaltungsakte) bei Antragstellung die Wartezeit von 15 Monaten nicht erfüllt hat und auch eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nicht bezog. Auch die Voraussetzungen des [§ 11 Abs. 2 SGB VI](#) sind nicht gegeben, da nach der zu vorgenannten Aufstellung in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung keine Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit entrichtet wurden, der Kläger bei Antragstellung keine Beschäftigung ausübte und auch nicht vermindert erwerbsfähig war.

2. Eine (vorläufige) Verpflichtung der Beklagten zur Erbringung von Leistungen zur Teilhabe in Form von medizinischen Rehabilitationsleistungen ergibt sich auch nicht aus [§ 14 Abs. 2 Satz 3](#) des Neunten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) in Verbindung mit [§ 41 Abs. 1 SGB V](#). Gemäß [§ 14 Abs. 2 Satz 3](#) in Verbindung mit Satz 1 SGB IX hat der Rehabilitationsträger, an den ein Antrag auf Leistung zur Teilhabe weitergeleitet wurde, den Rehabilitationsbedarf unverzüglich festzustellen. Falls er sich nicht selbst für zuständig hält, hat er dabei die für den ebenfalls in Betracht kommenden Leistungsträger geltende Gesetzeslage zu berücksichtigen. Die Entscheidung der Beklagten, wonach auch ein Anspruch des Klägers auf stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen nach dem SGB V nicht besteht, ist in der Sache - wie bereits das SG zutreffend entschieden hat - nicht zu beanstanden. Auch ein Anspruch des Klägers gegen seine Krankenkasse, die Beigeladene, scheidet aus medizinischen Gründen aus.

Nach [§ 41 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) (in der Fassung des GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007, [BGBl. I, S. 378](#), - GKV-WSG - in Kraft seit 1. April 2007) hat die Krankenkasse unter den in [§ 27 Abs. 1 Satz 1](#) genannten Voraussetzungen aus medizinischen Gründen erforderliche Leistungen der Rehabilitation in einer Einrichtung des Mütter-Genesungswerks oder in einer gleichartigen Einrichtung erbringen; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden. Dies gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen ([§ 41 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Nach [§ 41 Abs. 2 SGB V](#) gelten [§§ 40 Abs. 3](#) und 4 SGB V entsprechend. Der Anspruch auf Krankenbehandlung nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) setzt voraus, dass die Krankenbehandlung, die gemäß [§ 27 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V](#) auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen umfasst, notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Eine Krankenbehandlung in Form von medizinischen Rehabilitationsleistungen ist nicht notwendig. Wie sich aus dem Gutachten der Dr. K.-H. und den Auskünften der behandelnden Ärzte ergibt, reicht beim Kläger eine ambulante Behandlung, die entsprechend der Empfehlung des Dr. S. in einer Intensivierung der Medikamentation bestehen könnte, aus, um die bei ihm vorhandenen Beschwerden auf lungenfachärztlichem Gebiet soweit zu lindern, dass eine vollschichtige Tätigkeit in seinem erlernten Beruf problemlos möglich ist. Da somit ambulante Behandlungsmaßnahmen ausreichen, um die in [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) beschriebenen Behandlungsziele zu erreichen, sind medizinische Rehabilitationsleistungen derzeit nicht erforderlich. Wie sich aus dem Regelungszusammenhang des [§ 40 Abs. 1](#) und 2 SGB V ergibt, sollen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Form stationärer Rehabilitationsleistungen grundsätzlich nur dann in Betracht kommen, wenn eine ambulante Krankenbehandlung und ambulante Rehabilitationsleistungen nicht ausreichen, um die Behandlungsziele zu erreichen. Dieses Stufenverhältnis gilt auch, wenn eine so genannte Vater-Kind-Kur beantragt wird. Auch solche Leistungen sind nur dann notwendig im Sinne des [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), wenn weder ambulante Krankenbehandlung noch ambulante Rehabilitationsleistungen ausreichen, um eine Besserung der Erkrankung zu erreichen. Nur in diesem Fall entspricht eine solche Kur dem Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 Abs. 1 SGB V](#), wonach Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-09-03