

L 4 R 4325/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 4 R 5460/12
Datum
10.09.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 R 4325/13
Datum
18.12.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Beschluss

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 10. September 2013 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten des Klägers im Berufungsverfahren.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten um die Gewährung einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in der F.-Klinik in H. (im Folgenden F-Klinik).

Der am 1983 geborene Kläger, der bei der Beigeladenen Krankenversicherung ist, war bis 8. November 2010 als Taxifahrer versicherungspflichtig beschäftigt. Seit 9. November 2010 ist er wegen einer Akne inversa axillär arbeitsunfähig krank. Nach Beendigung der Lohnfortzahlung am 17. November 2010 bezog er - unterbrochen durch Bezug von Übergangsgeld vom 10. bis 15. Februar, 8. bis 24. Juni und 30. Juni bis 4. Juli 2011 - bis 11. April 2012 Krankengeld, seit 12. April 2012 erhält der Kläger Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II). Nachdem die Begutachtung durch den Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit (Gutachten des Dr. M. vom 27. April 2012) eine erhebliche, nicht nur vorübergehende Leistungsminderung ergeben hatte, leitete die Bundesagentur für Arbeit, bei der der Kläger am 12. April 2012 Arbeitslosengeld und am 16. Mai 2012 einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit der Bitte um Weiterleitung des Antrags an den zuständigen Rentenversicherungsträger gestellt hatte, im Zusammenhang mit der Prüfung der Nahtlosigkeitsregelung nach [§ 145](#) Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) das Verfahren mit der Bitte um Entscheidung über die Erwerbsminderung des Klägers unter dem 11. Juni 2012 an die Beklagte weiter. Bei der Beklagten ging der Vorgang am 21. Juni 2012 ein. Die Beklagte teilte dem Kläger mit Schreiben vom 17. Juli 2012 mit, dass Leistungen zur Teilhabe derzeit nicht erfolversprechend seien, da die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich durch die beantragte Leistung zur Teilhabe nicht wesentlich verbessert oder wiederhergestellt werden könne. Nach ihren, der Beklagten, Feststellungen liege beim Kläger volle Erwerbsminderung seit 9. März 2012 auf Zeit bis 30. Juni 2013 vor. Der Kläger wurde gebeten, einen formellen Rentenantrag zu stellen und die noch erforderlichen Angaben zu machen. Dem kam der Kläger trotz Erinnerung nicht nach. Mit Bescheid vom 12. September 2012 lehnte die Beklagte hierauf den Antrag des Klägers auf Teilhabe vom 21. Juni 2012, der gemäß [§ 116 Abs. 2](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) als Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung gelte, ab, da der Kläger seiner gesetzlichen Mitwirkungspflicht nicht nachgekommen sei. Über den vom Kläger dagegen erhobenen Widerspruch, den er damit begründete, bei ihm liege keine volle Erwerbsminderung vor, vielmehr sei nach Durchführung der beantragten medizinischen Rehabilitationsmaßnahme davon auszugehen, dass seine Erwerbsfähigkeit insoweit wiederhergestellt werden könne, dass er wieder in der Lage sei, den Beruf des Taxifahrers auszuüben, hat die Beklagte bisher nicht entschieden.

Der Kläger leidet unter einer langjährigen Akne inversa, die immer wieder chirurgische Revisionen bedingt, einer Adipositas permagna und einer chronischen psychischen Symptomatik im Sinne einer Angststörung. Nach einer im November 2010 durchgeführten radikalen und ausgedehnten Exzision von Fistelgängen im Bereich der Bauchfalte entwickelte sich ein Skrotalödem, weshalb am 11. Januar 2011 eine weitere radikale Exzision von Fistelgängen mit primärem Wundverschluss erfolgte. Ab 10. Februar 2011 absolvierte der Kläger eine ihm von der Beklagten bewilligte stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation in der Kurpark Klinik in Überlingen. Die Maßnahme musste am 15. Februar 2011 wegen eines ausgeprägten Lymphödems des Hodens mit Fistelungen auf Empfehlung des konsiliarisch hinzugezogenen Chirurgen abgebrochen werden. Nach dem Entlassungsbericht des Dr. H. vom 16. Februar 2011 erfolgte die Entlassung als weiterhin arbeitsunfähig. Dr. H. ging in seinem Entlassungsbericht vom 16. Februar 2011 davon aus, dass der Kläger bis zur gänzlichen Heilung für

seinen zuletzt ausgeübten Beruf als Taxifahrer und auch für sonstige Tätigkeiten nur noch drei bis unter sechs Stunden täglich einsetzbar sei. Nach der - abgebrochenen - medizinischen Rehabilitationsmaßnahme begab sich der Kläger erneut in das Universitätsklinikum Freiburg (im Folgenden Universitätsklinikum) und wurde dort am 23. Februar 2011 nochmals am Hoden, im Bereich der Leisten und der Axilla operiert. Mit Unterbrechung zwischen dem 25. und 29. Juni 2011 wegen einer akuten Dekompensation der chronischen Angststörung, die einen stationären Aufenthalt im Zentrum für Psychiatrie in Emmendingen erforderlich machte, absolvierte der Kläger zwischen dem 8. Juni und 4. Juli 2011 eine weitere ihm von der Beklagten bewilligte stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme in der F-Klinik. Als therapeutische Leistungen wurden in der F-Klinik u.a. manuelle Lymphdrainagen mit und ohne Bandagierung und ein Wundmanagement durchgeführt. Aus lymphologischer Sicht war nach dem Entlassungsbericht von Prof. Dr. F. vom 12. August 2011 nach Abschluss der Wundheilung die Fortsetzung der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Taxifahrer wieder über sechs Stunden täglich möglich. Privatdozent Dr. P., Universitätsklinikum, Chirurgische Universitätsklinik, diagnostizierte anlässlich der ambulanten Vorstellung des Klägers am 20. Februar 2012 ein skrotales Lymphödem mit vergrabenem Penis und empfahl zunächst eine Optimierung der konservativen Wundbehandlung, eine Kompressionstherapie der unteren Extremität, eine Intensivierung der lymphologischen Behandlung und im weiteren Verlauf eine skrotale Reduktionsplastik. Der Eingriff solle zur Minimierung der postoperativen Komplikationen in einen sechswöchigen prä- und sechswöchigen postoperativen Aufenthalt in einer lymphologischen Fachklinik eingerahmt werden.

Mit Bescheid vom 11. Juli 2012 lehnte die Beklagte den bei ihr am 21. Juni 2012 über die Bundesagentur für Arbeit eingegangenen Antrag des Klägers auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ab. Die nach [§ 10 SGB VI](#) erforderlichen Voraussetzungen lägen beim Kläger nicht vor, weil seine Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden könne.

Hiergegen erhob der Kläger Widerspruch. Zur Begründung führte er aus, dass er nach Durchführung der beantragten Maßnahme bevorzugt in der F-Klinik zweifelsohne in der Lage sei, sein - ungekündigtes - Beschäftigungsverhältnis als Taxifahrer wieder aufzunehmen. Die von ihm beantragte Maßnahme sei medizinisch indiziert und erforderlich, um seine Arbeits-/Erwerbsfähigkeit schnellstmöglich wiederherzustellen. Die Beklagte hörte hierzu den Orthopäden Dr. Ro., der in seiner Stellungnahme vom 30. August 2012 davon ausging, dass weiterhin eine Akuttherapie erforderlich sei. Mit Widerspruchsbescheid vom 31. Oktober 2012 wies der bei der Beklagten gebildete Widerspruchsausschuss den Widerspruch zurück. Er, der Widerspruchsausschuss, sehe aufgrund der Feststellungen des Sozialmedizinischen Dienstes keine Möglichkeit, dass die Gesundheitsstörungen des Klägers durch eine stationäre oder ganztägig ambulante medizinische Rehabilitationsleistung wesentlich gebessert oder beseitigt werden könnten. Da das Rehabilitationsziel - die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit des Klägers - nicht mehr erreicht werden könne, seien medizinische Rehabilitationsleistungen seitens der Rentenversicherung nicht mehr zu erbringen. Die Voraussetzungen für eine Weiterleitung an einen anderen Rehabilitationsträger lägen nicht vor, da - auch unter Berücksichtigung der Vorschriften, die für andere Rehabilitationsträger gelten würden, - keine Leistung zur medizinischen Rehabilitation gewährt werden könne.

Mit der am 7. November 2012 zum Sozialgericht Freiburg (SG) erhobenen Klage verfolgte der Kläger sein Begehren weiter. Die von ihm beantragte medizinische Leistung sei medizinisch indiziert, dringend geboten und geeignet, seine Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen. Er fügte den Befundbericht des Arztes für Allgemeinmedizin, Lymphologische Schwerpunktpraxis, Ru. vom 22. Oktober 2012, wonach beim Kläger als lymphologische Dauerdiagnosen ein Genitallymphödem, ein maximales Skrotalödem (aktuell: Basketball-Größe) bei Pyoderma fistulans und nach Bauchdeckenrevision und ein häufig rezidivierende Erysipel am Hoden und inguinal, zuletzt Oktober 2012, vorlägen. Aktuell habe der Kläger fünfmal pro Woche lymphologische Drainage- und Kompressionsbehandlung des Hoden-/Genitallymphödems. Die Erysipel müssten immer wieder antibiotisch behandelt werden, in der Vergangenheit sei es schon zu septischen Zuständen gekommen, die sich zu lebensbedrohlichen Zuständen auswachsen könnten. Erforderlich sei die vorbereitende intensive lymphologische Behandlung des Klägers in der F-Klinik (ca. vier bis sechs Wochen). Dann wäre im Rahmen der Koordination mit der Plastischen Chirurgie des Universitätsklinikums ein korrigierender operativer Eingriff zwingend erforderlich. In der Folge könne der Kläger zur Regeneration, Wundheilung und begleitenden intensiven lymphologischen Therapie sehr rasch wieder in die F-Klinik zurückverlegt werden. Dieses Vorgehen könne nur die Kooperation F-Klinik und Plastische Chirurgie des Universitätsklinikums leisten. Der Kläger sei dringlich - mit guter prognostischer Aussicht - zu behandeln. Mit der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit könne in absehbarer Zeit gerechnet werden.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Sie legte eine Stellungnahme der Internistin Dr. P. vom 3. Juni 2013 vor, in der diese ausführte, dass Prof. Dr. Z. in seinem Gutachten vom 2. April 2013 (hierzu im Folgenden) bestätige, dass derzeit das quantitative Leistungsvermögen des Klägers aufgehoben sei. Zum jetzigen Zeitpunkt müsse auch davon ausgegangen werden, dass diese im Juni 2013 nicht mehr wiederherzustellen, sondern eine Verlängerung dieser Leistungsminderung über ein weiteres Jahr festzustellen sei. Eine Rehabilitationsfähigkeit bestehe derzeit, auch über andere Kostenträger, nicht. Gravierende medizinische Gründe für die Durchführung einer vorzeitigen Rehabilitationsmaßnahme lägen nicht vor. Im Vordergrund stehe eine Akutbehandlung, die auch in der F-Klinik erfolgen könne.

Das SG beauftragte den Internisten und Kardiologen Prof. Dr. Z., Chefarzt der Inneren Abteilung des S. J.-Krankenhauses in F., mit der Erstattung eines Gutachtens. Prof. Dr. Z. führte in seinem Gutachten vom 2. April 2013 aus, beim Kläger bestünden ein extremes skrotales Lymphödem (mehr als Basketballgröße) mit vergrabenem Penis bei Pyoderma fistulans inguinal, skrotal, gluteal, axillär-nuchal mit Zustand nach multiplen Voroperationen und radikaler Resektion im Februar 2011, wonach sich das massive, skrotales Lymphödem ausgebildet habe; eine langjährige Akne inversa mit (wie beschrieben) Ausbildung verschiedener Areale mit Pyoderma fistulans und auch derzeit wieder stark nässenden Bereichen der linken Achsel sowie beidseits seitlich im Bereich des Skrotalödems; im Bereich des massiven Skrotalödems seit ca. einem halben bis dreiviertel Jahr rezidivierende, teilweise hochfieberhafte Erysipel, ca. einmal pro Monat, teilweise mit Temperaturen bis 40 °C sowie begleitendem Schüttelfrost, Schwitzen, und jedes Mal erforderlicher Antibiotikaeinnahme; eine Adipositas per magna (Größe 183 cm, Gewicht 165 kg); häufige, kurzzeitige und fast tägliche Panikattacken mit Angstgefühlen bis Todesangst; eine - vorbeschriebene - Refluxkrankheit des Ösophagus, derzeit keine diesbezügliche aktuelle Symptomatik; im Rahmen des massiven Skrotalödems starke Wasserlassprobleme sowie eine Hypertriglyceridämie und eine geringe STSH (Sensitive Thyroid Stimulating Hormone)-Erhöhung. Zum jetzigen Zeitpunkt könne der Kläger seinen Beruf als Taxifahrer nicht ausüben, es bestehe auch eine volle Erwerbsunfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Die Einschränkung der Erwerbsfähigkeit bestehe zumindest seit Februar 2011, sehr wahrscheinlich bereits seit November 2010. Es sei mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die völlige Erwerbsunfähigkeit weitestgehend entfallen und der Kläger sowohl in seinem Beruf als Taxifahrer als auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wieder eine weitgehend normale Arbeitsfähigkeit erlange. Voraussetzung hierfür sei, dass das von medizinischer Seite erforderliche Konzept konsequent durchgeführt werde. Dieses Konzept sehe zunächst eine stationäre, intensive Lymphdrainagenbehandlung einschließlich Optimierung der lokalen

Wundbehandlung, was seines Erachtens im erforderlichen Optimierungsmaß nur in der F Klinik erfolgen könne und über ca. fünf bis sechs Wochen durchgeführt werden müsse, danach anschließend eine skrotale Reduktionsplastik in der Chirurgischen Klinik des Universitätsklinikums und im Anschluss daran nahtlos eine weitere fünf- bis sechswöchige postoperative, intensive lymphologische Behandlung in der F-Klinik vor. Danach müsse eine gastro-jejunale Anastomosennoperation erfolgen, da nur hierdurch die ohne Zweifel erforderliche, massive Gewichtsabnahme erreicht werden könne, ohne die die vorgenannten Eingriffe auf längere Sicht gesehen eigentlich sinnlos wären, da wieder mit einem entsprechendem Rezidiv gerechnet werden müsse. Eine kleine Restunsicherheit verbleibe, da derzeit nicht mit Sicherheit festgestellt werden könne, ob nicht durch die zurückliegenden operativen Eingriffe eine bereits vollständige Zerstörung der Lymphabflusssituation aus dem Skrotalbereich vorliege. Der Behandlungserfolg könne durch ambulante Behandlungsmaßnahmen in keinsten Weise erreicht werden. Alle genannten Maßnahmen müssten in engster zeitlicher Abstimmung durchgeführt werden, um den Behandlungserfolg zu gewährleisten. Aus gesundheitlichen Gründen sei zwingend eine vorzeitige Leistung für eine Rehabilitationsbehandlung erforderlich. Die stationäre Rehabilitationsmaßnahme in der F-Klinik, die über das übliche Maß einer Rehabilitationsmaßnahme weit hinausgehe, schaffe erst bei ihrer konsequenten Durchführung überhaupt die Voraussetzung, dass die ebenfalls beim Kläger zwingend erforderliche skrotale Reduktionsplastik mit einigermassen vertretbarem peri- und postoperativem Risiko durchgeführt werden könne. Wenn auch nur eine der genannten vier Maßnahmen unterbleibe, werde sich auf mittlere und längere Sicht gesehen nicht nur die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit des Klägers nicht erreichen lassen, sondern er werde absolut hinsichtlich seiner Überlebenschancen vital bedroht sein.

Die mit Beschluss des SG vom 13. August 2013 beigeladene Krankenkasse äußerte sich nicht und stellte keinen Antrag.

Mit Urteil vom 10. September 2013 verurteilte das SG die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 11. Juli 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 31. Oktober 2012, dem Kläger Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der F-Klinik zu gewähren. Der Kläger habe gegen die Beklagte einen Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der F-Klinik. Bei ihm sei die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet, die erhebliche Gefährdung könne durch Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation abgewendet werden. Diese Überzeugung stütze es, das SG, auf das zutreffende Gutachten des Prof. Dr. Z., das im Ergebnis durch die Auskunft des Arztes Ru. vom 22. Oktober 2012 bestätigt werde. Aus gesundheitlichen Gründen sei - auch insoweit Prof. Dr. Z. folgend - eine vorzeitige Leistung an den Kläger dringend erforderlich. Eine Akutbehandlung stehe hier nicht im Vordergrund. Beim Kläger sei eine Maßnahme indiziert, die formal als stationäre Rehabilitationsmaßnahme zu qualifizieren sei, im Einzelnen jedoch über das übliche Maß einer normalen Rehabilitationsmaßnahme hinausgehe. Das Ermessen der Beklagten sei dahingehend reduziert, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der F-Klinik zu gewähren seien. Beim Kläger sei als Rehabilitationsmaßnahme insbesondere eine stationäre, intensive Lymphdrainagebehandlung einschließlich Optimierung der lokalen Wundbehandlung indiziert. In dem beim Kläger erforderlichen Optimierungsmaß könne die Maßnahme wie Prof. Dr. Z. überzeugend dargelegt habe, nur in der F-Klinik erfolgen.

Hiergegen hat die Beklagte am 7. Oktober 2013 Berufung eingelegt. Sie trägt vor, dem Anspruch des Klägers auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stehe [§ 13 Abs. 2 SGB VI](#) entgegen. Der Kläger befinde sich in einer akuten Behandlungsbedürftigkeit, eine Akutbehandlung sei angezeigt. Das Gutachten von Prof. Dr. Z. bestätige, dass das quantitative Leistungsvermögen des Klägers zur Zeit aufgehoben sei. Die vom Gutachter vorgeschlagenen Maßnahmen seien als Akutmaßnahmen zu werten.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 10. September 2013 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er verweist auf das Urteil des SG, den Bericht des Arztes Ru. und das von Prof. Dr. Z. erstattete Gutachten. Daraus gehe eindeutig hervor, dass durch die beantragte Rehabilitationsmaßnahme seine Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit umgehend wiederhergestellt werden könne. Diese Maßnahme müsse zwingend in der F-Klinik erfolgen und der ebenfalls dringend notwendigen Akutbehandlung vorgeschaltet werden. Hierzu gebe es keine Alternative. Der Kläger hat das Attest des Arztes Ru. vom 21. Oktober 2013 vorgelegt. Danach sei eine adäquate Versorgung in einer "Akutmedizinischen Instanz" nicht möglich, da es eine solche nicht gebe. Im von der Berichterstatterin durchgeführten Erörterungstermin hat der Kläger am 14. November 2013 angegeben, dass er im Hodenlymphödembereich derzeit nur geringfügige offene Wunden habe.

Die Beigeladene hat keinen Antrag gestellt.

Der Senat hat die Auskunft der F-Klinik vom 30. Oktober 2013 eingeholt. Danach handelt es sich bei der F-Klinik um eine Fachklinik für Lymphologie, die mit den gesetzlichen Krankenkassen einen Versorgungsvertrag nach [§ 111](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), dem sich die Deutsche Rentenversicherung Bund angeschlossen hat, geschlossen hat.

Den im Erörterungstermin geschlossenen widerruflichen Vergleich hat die Beigeladene am 6. Dezember 2013 widerrufen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte, die Akten des SG sowie die von der Beklagten und der Beigeladenen vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

II.

1. Der Senat entscheidet über die Berufung der Beklagten gemäß [§ 153 Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch Beschluss, da er die Berufung der Beklagten einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Der Rechtsstreit weist nach Einschätzung des Senats keine besonderen Schwierigkeiten in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht auf, die mit den Beteiligten über den erfolgten Termin zur Erörterung des Sachverhalts hinaus in einer mündlichen Verhandlung erörtert werden müssten. Zu der beabsichtigten Verfahrensweise hat der Senat die Beteiligten gehört.

2. Die Berufung der Beklagten ist zulässig. Sie ist form- und fristgerecht eingelegt und auch statthaft. Der Beschwerdewert von EUR 750,00 im Sinne von [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) ist überschritten. Die Tagespauschale für jeden Aufenthaltstag beläuft sich nach dem Merkblatt über die Aufnahme für stationäre Behandlung in der F-Klinik auf EUR 134,57 täglich. Der Beschwerdewert von EUR 750,00 ist damit schon nach sechs Aufenthaltstagen überschritten; notwendig ist ein vier- bis sechswöchiger Aufenthalt.

3. Die Berufung der Beklagten ist jedoch nicht begründet. Zu Recht hat das SG den Bescheid der Beklagten vom 11. Juli 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 31. Oktober 2012 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, dem Kläger Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der F-Klinik zu gewähren.

Nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) erbringt die Rentenversicherung 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 können erbracht werden, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind ([§ 9 Abs. 2 SGB VI](#)). Nach [§ 10 Abs. 1 SGB VI](#) haben Versicherte für Leistungen zur Teilhabe die persönlichen Voraussetzungen 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. Erwerbsfähigkeit ist als Fähigkeit des Versicherten zu verstehen, seinen bisherigen Beruf oder seine bisherige Tätigkeit weiter ausüben zu können. Nicht hingegen sind die Kriterien anwendbar, die für die Erfüllung der Leistungsvoraussetzungen für eine Rente wegen Erwerbsminderung maßgebend sind (Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 29. März 2006 - [B 13 RJ 37/05 R](#) -, in juris). Es reicht jedoch nicht schon jede Minderung der Erwerbsfähigkeit. Diese muss vielmehr von gewissem Gewicht und gewisser Dauer sein. Eine nur vorübergehende Minderung der Erwerbsfähigkeit ist grundsätzlich nicht ausreichend. Insbesondere bei Akuterkrankungen, die nur vorübergehender Natur sind und durch Behandlungsleistungen der Krankenversicherung behoben werden können, liegt keine wesentliche Minderung der Erwerbsfähigkeit vor.

Die Träger der Rentenversicherung erbringen nach [§ 15 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Leistungen nach den [§§ 26 bis 31](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX), ausgenommen Leistungen nach [§ 26 Abs. 2 Nr. 2](#) und [§ 30 SGB IX](#) (betrifft Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder). Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen nach [§ 26 Abs. 2 SGB IX](#) insbesondere 1. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln, 2 ... 3. Arznei- und Verbandmittel, 4. Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie, 5. Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung, 6. Hilfsmittel, 7. Belastungserprobung und Arbeitstherapie. Nach [§ 13 Abs. 2 SGB VI](#) erbringt der Träger der Rentenversicherung nicht 1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit, es sei denn, die Behandlungsbedürftigkeit tritt während der Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein, 2. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung, 3. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse nicht entsprechen. Zu den medizinischen Leistungen, die grundsätzlich nicht in den Bereich der Rehabilitation fallen, gehört insbesondere die Krankenbehandlung der gesetzlichen Krankenversicherung. Ist Ziel der Behandlung die Heilung, Beseitigung oder Vermeidung einer Verschlimmerung einer Erkrankung, handelt es sich um Krankenbehandlung. Geht es dagegen um das Beseitigen, Vorbeugen, Verbessern oder Abwenden von wesentlichen Verschlechterungen von Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen als Folge von Krankheit, handelt es sich um medizinische Rehabilitation. Während bei der Krankenbehandlung der Schwerpunkt auf der ärztlichen Behandlung liegt, ist für die medizinische Rehabilitation ein Gesamtkomplex ineinandergreifender Leistungen charakteristisch (Nellissen in: jurisPK-SGB IX, [§ 26 SGB IX](#) Rn. 21).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze zur Abgrenzung zwischen einer Krankenbehandlung und einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme ist beim Kläger im vorliegenden Fall zunächst keine Akutbehandlung, sondern eine Rehabilitationsbehandlung erforderlich. Der Kläger leidet ausweislich des von Prof. Dr. Z. erstatteten Gutachtens vom 2. April 2013, dem Bericht des Arztes Ru. vom 22. Oktober 2012 und dem Arztbrief des PD Dr. P. vom 9. März 2012 derzeit vorrangig an einem extremen skrotalen Lymphödem (mehr als Basketballgröße) mit vergrabenen Penis. Wegen dieser Erkrankung ist eine skrotale Reduktionsplastik, die zweifelsohne eine Krankenbehandlung ist, erforderlich. Bevor dieser chirurgische Eingriff durchgeführt werden kann, bedarf es jedoch einer lymphologischen Vorbehandlung. Erforderlich ist insoweit eine intensive lymphologische Behandlung in Form von Lymphtherapie und Kompression und falls erforderlich in Form von Wundtherapie. Auch dies ergibt sich aus dem Gutachten des Prof. Dr. Z., dem Bericht des Arztes Ru. und dem Arztbrief des PD Dr. P. ... Eine solche Behandlung erfolgt durch Pflegekräfte und Physiotherapeuten. Es handelt sich um einen Gesamtkomplex ineinandergreifender Leistungen. Das Behandlungsziel, das darin besteht, durch die lymphologische Intensivbehandlung die Voraussetzung für eine risikoarme Durchführung der skrotalen Reduktionsplastik zu schaffen, soll durch eine pflegerische und physiotherapeutische Behandlung erreicht werden. Die pflegerische und nichtärztliche Betreuung steht im Vordergrund. Eine ärztliche Behandlung ist nur im Bedarfsfall erforderlich. Insoweit stützt sich der Senat insbesondere auf den Rehabilitationsentlassungsbericht von Prof. Dr. F. vom 12. August 2011, den Arztbrief des PD Dr. P. vom 9. März 2012, den Befundbericht des Arztes Ru. vom 22. Oktober 2012 und das Gutachten des Prof. Dr. Z. ... Diese lymphologische Vorbehandlung entspricht einer Rehabilitationsbehandlung. Sie stellt keine Krankenbehandlung in einer Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit, die die Krankenkasse als Sachleistung ([§ 27 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 1, 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)) zu erbringen hätte, dar.

Zutreffend dürfte die Beklagte jedoch davon ausgegangen sein, dass die Erwerbsfähigkeit des Klägers gemindert ist und allein durch diese erste stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, die die skrotale Reduktionsplastik vorbereiten soll, nicht wesentlich gebessert und nicht wiederhergestellt werden kann, so dass die persönlichen Voraussetzungen für die Gewährung einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme durch die Beklagte nach [§ 10 SGB VI](#) nicht gegeben wären.

Dies kann vorliegend aber dahingestellt bleiben, denn die Zuständigkeit der Beklagten folgt hier jedenfalls aus [§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX](#), wonach, wenn der Antrag (auf Rehabilitationsmaßnahmen) nicht weitergeleitet wird - eine Weiterleitung war vorliegend nicht mehr möglich, weil die Bundesagentur für Arbeit den Antrag des Klägers bereits an die Beklagte weitergeleitet hatte -, der Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf unverzüglich feststellt. Nach [§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX](#) war die Beklagte damit zur Prüfung auch der weiter in Betracht zu ziehenden rehabilitationsrechtlichen Anspruchsgrundlagen verpflichtet. Danach verliert der materiell-rechtlich - eigentlich - zuständige Rehabilitationsträger im Außenverhältnis zum Versicherten oder Leistungsempfänger seine originäre Zuständigkeit für eine Teilhabeleistung. Der nunmehr zur Entscheidung verpflichtete Rehabilitationsträger hat den Anspruch nach allen in Betracht kommenden rehabilitationsrechtlichen Rechtsgrundlagen, die überhaupt in dieser Bedarfssituation rehabilitationsrechtlich vorgesehen sind, zu überprüfen (st. Rspr. des BSG, vgl. Urteil vom 20. November 2008 - [B 3 KN 4/07 KR R](#) -, Urteil vom 25. Juni 2009 - [B 3 KR 4/08 R](#) -, beide in juris). Der Sache nach ist hier entgegen den Ausführungen im Widerspruchsbescheid ein Anspruch auf eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme im Rahmen der Krankenversicherung gemäß [§ 40 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 11 Abs. 2 SGB V](#) gegeben. Danach muss die Krankenkasse, hier die Beigeladene, dem Versicherten, hier dem Kläger, eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme gewähren, wenn - wie hier - eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreichend ist, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Reicht - wie hier - eine ambulante Rehabilitationsleistung ([§ 40 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) nicht aus, hat die Krankenkasse eine stationäre Rehabilitation zu erbringen ([§ 40 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Die Beklagte muss, nachdem der grundsätzliche Bedarf des Klägers nach einer stationären Leistung der medizinischen Rehabilitation nach Überzeugung des Senats - wie ausgeführt - gegeben ist, nun selbst diese Leistung erbringen.

Obwohl der Kläger bereits im Jahr 2011 eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen hat, steht der begehrten stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme der Ausschlussstatbestand des [§ 40 Abs. 3 Satz 4 SGB V](#) (ebenso [§ 12 Abs. 2 SGB V](#)) nicht entgegen. Danach können Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen zur Rehabilitation 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. Eine vorzeitige Leistung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich, wie sich aus dem Gutachten des Prof. Dr. Z. und dem Befundbericht des Arztes Ru., denen sich der Senat insoweit wie das SG anschließt, ergibt.

Die Beklagte ist auch vom SG zu Recht verurteilt worden, eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation in der F-Klinik zu gewähren. Zwar steht hinsichtlich des "Wie", d.h. Art, Dauer, Umfang usw. die Entscheidung im pflichtgemäßen Ermessen der Krankenkasse ([§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#)), die durch die Gerichte nur eingeschränkt überprüft werden kann ([§ 54 Abs. 2 Satz 2 SGG](#)). Hier liegt jedoch eine Ermessensreduktion auf Null vor, denn die stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme kann hier Prof. Dr. Z. und dem Arzt Ru. folgend, nur in der F-Klinik erbracht werden, da sie die einzige Rehabilitationsklinik ist, in der die beim Kläger notwendige intensive Lymphdrainagebehandlung einschließlich Optimierung der lokalen Wundbehandlung erfolgen kann.

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

5. Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-12-20