

L 11 KR 3388/09 PKH-B

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 2 KR 801/09
Datum
16.06.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 3388/09 PKH-B
Datum
04.08.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Beschluss

Die Beschwerde der Klägerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Heilbronn vom 16. Juni 2009 wird zurückgewiesen.

Gründe:

Die nach §§ 172, 173 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und zulässigerweise erhobene Beschwerde der Klägerin ist unbegründet. Das Sozialgericht Heilbronn (SG) hat den Antrag auf Gewährung von Prozesskostenhilfe zu Recht abgelehnt.

Gemäß § 73a SGG in Verbindung mit § 114 der Zivilprozessordnung (ZPO) erhält ein Beteiligter, der nach seinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen die Kosten der Prozessführung nicht, nur zum Teil oder nur in Raten aufbringen kann, auf Antrag Prozesskostenhilfe, wenn die beabsichtigte Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet und nicht mutwillig erscheint.

Eine hinreichende Erfolgsaussicht ist regelmäßig zu bejahen, wenn der Ausgang des Rechtsschutzverfahrens als offen zu bezeichnen ist. Dies gilt namentlich dann, wenn die Entscheidung in der Hauptsache von einer schwierigen, bislang nicht geklärten Rechtsfrage abhängt (vgl. BVerfG, Beschluss vom 4. Februar 1997, [1 BvR 391/93](#), [NJW 1997, 2102](#), 2103; BGH, Beschluss vom 10. Dezember 1997, [IV ZR 238/97](#), [NJW 1998, 1154](#); BFH, Beschluss vom 27. November 1998, [VI B 120/98](#), juris) oder eine weitere Sachaufklärung, insbesondere durch Beweisaufnahme, ernsthaft in Betracht kommt (vgl. BVerfG, Beschluss vom 20. Februar 2002, [1 BvR 1450/00](#), [NJW-RR 2002, 1069](#); Beschluss vom 14. April 2003, [1 BvR 1998/02](#), [NJW 2003, 2976](#), 2977).

Hier fehlt es bereits an der notwendigen Erfolgsaussicht.

Nach § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) haben Versicherte Anspruch auf Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52 SGB V). Ein Anspruch auf Krankenbehandlung nach § 27 Abs. 1 SGB V besteht, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst unter anderem Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen (§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V).

Nach § 40 Abs. 1 SGB V gilt: Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 SGB V beschriebenen Ziele zu erreichen, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht, oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, in wohnortnahen Einrichtungen erbringen. Reicht diese Leistung nicht aus, kann die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111 SGB V besteht (§ 40 Abs. 2 SGB V).

Die genannten Vorschriften machen ein Stufenverhältnis der verschiedenen Maßnahmen der Krankenbehandlung deutlich, das bereits aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V folgt, wonach die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Daraus folgt, dass eine stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung nur dann in Betracht kommt, wenn weder eine ambulante Krankenbehandlung, eine ambulante Rehabilitation in einer wohnortnahen Einrichtung noch eine ambulante Rehabilitationsleistung in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht, ausreichend sind (st. Rspr. des Senats, zuletzt Urteil vom 28. April 2009, [L 11 KR 4828/08](#)).

Ausgehend hiervon spricht nichts dafür, dass der von der Klägerin geltend gemachte Anspruch auf Gewährung einer stationären

Rehabilitationsmaßnahme besteht. Zwar steht die Gewährung stationärer Rehabilitationsleistungen nicht, wie das SG im angefochtenen Beschluss ausgeführt hat, im Ermessen der Beklagten, sondern hierauf besteht seit der Änderung des [§ 40 Abs. 2 SGB V](#) mit Wirkung vom 1. April 2007 ein Rechtsanspruch. Die Klägerin erfüllt aber - soweit im Verfahren der Gewährung von Prozesskostenhilfe zu prüfen - die dargelegten gesetzlichen Anforderungen für die Gewährung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme nicht. Denn eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme muss allein aus medizinischen Gründen erforderlich sein. Ausgestellt wurden sowohl eine ärztliche Verordnung ambulanter (Dr. H. u. a., AS 4 Verw.Akte) wie eine solche stationärer Rehabilitationsmaßnahmen (Internist W., AS 8 Verw.Akte). Weder im Verwaltungs- noch im Klageverfahren hat die Klägerin konkrete Gründe vorgebracht, die darauf hindeuten, dass die angebotene ambulante Rehabilitationsmaßnahme nicht ausreichen sollte. Vielmehr war der Antrag ursprünglich dadurch motiviert, die stationäre Maßnahme gemeinsam mit dem Ehemann anzutreten, wie auch in der Verordnung des Internisten W. ausgeführt. Im Schreiben vom 4. Oktober 2008 (AS 21 Verw.Akte) hat die Klägerin lediglich vorgebracht, sie müsse bei ambulanten Maßnahmen früh aus dem Haus gehen, was sie als sehr aufwändig und unsinnig empfinde. Eine erholsame und entspannende Kurmaßnahme solle nicht mit einer stressigen An- und Rückreise verbunden sein. Das mag zutreffen, doch kann dieser Einwand gegen jede ambulante Rehabilitationsmaßnahme eingewandt werden und hat mit den in [§ 11 Abs. 2 SGB V](#) genannten Voraussetzungen - der Notwendigkeit, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern - nichts zu tun. Von daher ist selbst im Falle einer vom SG noch durchgeführten ergänzenden Anhörung der behandelnden Ärzte nicht zu erwarten, dass der Nachweis erbracht wird, eine ambulante medizinische Rehabilitationsmaßnahme reiche nicht aus.

Die Kosten des Beschwerdeverfahrens werden nicht erstattet ([§ 73a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 127 Abs. 4 ZPO](#)).

Dieser Beschluss kann nicht mit der Beschwerde zum Bundessozialgericht angefochten werden ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-08-09