S 1 KR 44/98

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Krankenversicherung Entscheidung über Anspruch auf Krankenbehandlung Änderungen im Gesundheitszustand Änderung Streitgegenstand Ermessen Rehabilitationsleistung Leistungsvoraussetzung
Leitsätze	1. Der Grundsatz, dass bei der Entscheidung über den Anspruch auf Krankenbehandlung während des Prozesses eingetretene Änderungen im Gesundheitszustand zu berücksichtigen sind, gilt nicht, wenn sich dadurch der durch die Verwaltungsentscheidung festgelegte Streitgegenstand ändert. 2. Das der Krankenkasse bei Reha-Leistungen eingeräumte Ermessen bezieht sich nicht auf die Entscheidung über das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen.
Normenkette	SGB V § 11 Abs 2 S 1 SGB V § 40 Abs 1 SGB V § 40 Abs 2 SGG § 54 Abs 4

1. Instanz

Aktenzeichen	S 1 KR 44/98
Datum	25.11.1998

2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 KR 252/98
Datum	19.12.2000

3. Instanz

Datum 25.03.2003

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen vom 19. Dezember 2000 aufgehoben. Die Sache wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurÃ¼ckverwiesen.

GrÃ¼nde:

I

Die beklagte Ersatzkasse lehnte einen vom KlÃ¤ger im Juni 1997 gestellten und auf eine Ã¤rztliche Verordnung vom Juli 1997 gestÃ¼tzten Antrag auf eine stationÃ¤re RehabilitationsmaÃnahme ab, nachdem der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) zum Ergebnis gekommen war, die TherapiemÃ¶glichkeiten am Wohnort reichten aus (Bescheid vom 22. 0ktober 1997). Die im Widerspruchsverfahren veranlasste Begutachtung des KlÃ¤gers durch den MDK erbrachte keine medizinische Indikation fÃ¼r eine KurmaÃnahme, sodass der Widerspruch zurÃ¼ckgewiesen wurde (Widerspruchsbescheid vom 17. April 1998). Das Sozialgericht (SG) hat sich dieser Beurteilung im Gerichtsbescheid vom 25. November 1998 angeschlossen.

Im Berufungsverfahren hat der KlÃ¤ger die Befreiung seiner behandelnden ÃrztIn von der Ã¤rztlichen Schweigepflicht abgelehnt. In der mÃ¼ndlichen Verhandlung vor dem Landessozialgericht (LSG) am 19. Dezember 2000 hat er mitgeteilt, er sei vom 1. Januar bis 2. Februar 2000 im Rahmen einer Krisenintervention in stationÃ¤rer psychiatrischer Behandlung gewesen, ohne dass es sich um eine stationÃ¤re RehabilitationsmaÃnahme gehandelt habe. Auch im Jahre 1999 sei er stationÃ¤r behandelt worden. Das LSG hat den Gerichtsbescheid des SG und die Bescheide der Beklagten aufgehoben und diese zur Neubescheidung des Antrags vom Juni/Juli 1997 verurteilt. Zur BegrÃ¼ndung fÃ¼hrt es im Wesentlichen aus, dass die GewÃ¤hrung von Rehabilitationsleistungen im Ermessen der Krankenkasse stehe. Eine nÃ¤here Regelung der Ermessensgrenzen hinsichtlich des "Ob" der Leistung sei durch die seit 1. Januar 2000 geltende Neufassung von Â§ 40 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) nicht getroffen worden. Deshalb kÃ¶nne nach wie vor zur Bestimmung der Ermessensgrenzen auf das Recht der gesetzlichen Rentenversicherung zurÃ¼ckgegriffen werden. Dort sei das Ermessen der RehabilitationstrÃ¤ger im Ergebnis auf das "Wie" der Leistung beschrÃ¤nkt, also auf Art, Ort, Beginn und Dauer der RehabilitationsmaÃnahme (Gestaltungsermessen). LÃ¤gen die gesetzlichen Leistungsvoraussetzungen im Ãbrigen vor, zB auch medizinische Notwendigkeit und Erfolgsaussicht, so dÃ¼rfe der RentenversicherungstrÃ¤ger eine RehabilitationsmaÃnahme nicht allgemein, sondern allenfalls in AusnahmefÃ¤llen versagen.

Die Beklagte habe ihr Ermessen entsprechend dem Zweck der ErmÃ¤chtigung auszuÃ¼ben und dabei die Grenzen des Ermessens einzuhalten; der Betroffene habe hierauf einen Rechtsanspruch. Bei der Ermessensentscheidung mÃ¼sse die BehÃ¶rde von einer richtigen Beurteilung der Voraussetzungen fÃ¼r das Ermessen

und bei dessen AusÃ¼bung vom richtigen und vollstÃ¤ndig ermittelten Sachverhalt ausgehen. FÃ¼r die Frage, ob die Beklagte Ã¼berhaupt eine Ermessensentscheidung getroffen habe und â falls ja diese rechtmÃ¤Ãig gewesen sei, komme es auf den Inhalt des angefochtenen Bescheides, insbesondere auf seine BegrÃ¼ndung an. Die Beklagte habe auf der Grundlage der ÃuÃerungen des MDK festgestellt, dass im Falle des KlÃ¤gers eine medizinische Indikation weder fÃ¼r eine orthopÃ¤disch-orientierte KurmaÃnahme noch fÃ¼r eine psychosomatische Rehabilitationskur vorliege und die BehandlungsmÃ¶glichkeiten vor Ort ausreichend seien. Dabei habe sie es unterlassen, von dem ihr eingerÃ¤umten Ermessen Gebrauch zu machen. Die Bescheide lieÃen keinerlei Gesichtspunkte fÃ¼r eine AusÃ¼bung des Ermessens erkennen. DarÃ¼ber hinaus habe sie ihrer Entscheidung einen nicht vollstÃ¤ndig ermittelten Sachverhalt zu Grunde gelegt, weil der MDK die Befundunterlagen der behandelnden ÃrztIn des KlÃ¤gers nicht berÃ¼cksichtigt habe. Deshalb mÃ¼sse die Beklagte Ã¼ber den Rehabilitationsantrag des KlÃ¤gers erneut entscheiden.

Mit der vom Senat zugelassenen Revision rÃ¼gt die Beklagte eine Verletzung von Â§ 40 SGB V. Die begehrte stationÃ¤re RehabilitationsmaÃnahme sei schon deshalb abzulehnen gewesen, weil sie rechtlich ausgeschlossen gewesen sei â und zwar sowohl durch den Vorrang ambulanter MaÃnahmen als auch durch mangelnde Erfolgsaussicht. Der in diesem Zusammenhang erhobene Vorwurf der unzureichenden SachaufklÃ¤rung greife nicht, weil das LSG wesentlichen Prozessstoff Ã¼bergangen habe; der Beiziehung von Unterlagen der behandelnden ÃrztIn, die vom KlÃ¤ger im Gerichtsverfahren nicht von der Ã¤rztlichen Schweigepflicht entbunden worden sei, habe es zur weiteren AufklÃ¤rung nicht bedurft. UnabhÃ¤ngig davon liege die Entscheidung Ã¼ber die GewÃ¤hrung von RehabilitationsmaÃnahmen nicht oder allenfalls ausnahmsweise im Ermessen der Krankenkasse, wie das LSG selbst ausfÃ¼hre. Deshalb habe der angefochtene Bescheid nicht wegen Ermessensfehlers aufgehoben werden dÃ¼rfen. Die erstinstanzliche Entscheidung sei wiederherzustellen.

Die Beklagte beantragt,
das angefochtene Urteil aufzuheben und die Berufung des KlÃ¤gers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stade vom 25. November 1998 zurÃ¼ckzuweisen.

Der KlÃ¤ger ist im Revisionsverfahren nicht vertreten.

II

Die Revision der Beklagten ist zulÃ¤ssig und im Sinne der ZurÃ¼ckverweisung begrÃ¼ndet. Ãber den vom KlÃ¤ger erhobenen Anspruch kann ohne weitere SachaufklÃ¤rung und BeweiswÃ¼rdigung nicht entschieden werden.

Auf zusÃ¤tzliche Ermittlungen kÃ¶nnte nur verzichtet werden, wenn davon auszugehen wÃ¤re, dass sich der ursprÃ¼ngliche Antrag durch Zeitablauf oder ÃnderungenIm Gesundheitszustand des KlÃ¤gers in der Zwischenzeit erledigt hat und der sich darauf beziehende Ablehnungsbescheid der Beklagten gegenstandslos

geworden ist. Das jetzige Begehren zielte dann auf eine qualitativ andere Leistung, die vor Klageerhebung zum Gegenstand eines Verwaltungsverfahrens gemacht werden mÃ¼sste. Eine ausdrÃ¼cklich mit dem ursprÃ¼nglichen Ziel aufrechterhaltene Klage wÃ¤re abzuweisen, es sei denn, es wÃ¼rde Rechtsschutz in der Form der Fortsetzungsfeststellungsklage iS von Â§ 131 Abs 1 Satz 3 Sozialgerichtsgesetz (SGG) begehrt. Darauf braucht der Senat indes nicht nÃ¤her einzugehen, denn die bisherigen Feststellungen des LSG lassen trotz der langen Verfahrensdauer nicht den Schluss zu, dass infolge der wÃ¤hrend des Prozesses eingetretenen VerÃ¤nderungen der ursprÃ¼ngliche Anspruch obsolet geworden ist.

Es liegt auf der Hand, dass beim Streit Ã¼ber die GewÃ¤hrung einer RehabilitationsmaÃnahme nicht jede Ãnderung in den gesundheitlichen VerhÃ¤ltnissen des Versicherten dem Rechtsstreit die Grundlage entzieht und zur Einleitung eines neuen Verwaltungsverfahrens zwingt. Die gerichtliche ÃberprÃ¼fung beschrÃ¤nkt sich deshalb auch nicht auf die ursprÃ¼ngliche Verwaltungsentscheidung und den dabei zu Grunde gelegten Sachverhalt. Vielmehr ist Ã¼ber BehandlungsansprÃ¼che in der gesetzlichen Krankenversicherung generell und somit auch Ã¼ber AnsprÃ¼che auf RehabilitationsmaÃnahmen nach der Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der letzten mÃ¼ndlichen Verhandlung zu entscheiden. Diesen Grundsatz hat der Senat im Urteil vom 19. Juni 2001 in Bezug auf RechtsÃ¤nderungen daraus abgeleitet, dass ein entsprechendes Sachleistungsbegehren auf ein kÃ¼nftiges Handeln der beklagten Krankenkasse gerichtet ist (BSGE 88, 166, 167 = SozR 3-2500 Â§ 28 Nr 5 S 26 mwN; vgl auch Senatsurteil vom 25. MÃ¤rz 2003 â B 1 KR 17/01 R, zur VerÃ¶ffentlichung bestimmt). FÃ¼r die den Anspruch stÃ¼tzenden Tatsachen muss dasselbe gelten, denn es wÃ¤re widersinnig, die Krankenkasse zu einer Leistung zu verurteilen, fÃ¼r die im Zeitpunkt der Verurteilung keine Notwendigkeit mehr besteht oder fÃ¼r die â beispielsweise durch eine zwischenzeitliche Operation am erkrankten Organ â jegliche Grundlage entfallen ist. Umgekehrt kann sich der Gesundheitszustand des Versicherten im Laufe des Verfahrens so verschlechtert haben, dass die Krankenkasse am Ende des Prozesses zu einer Leistung verurteilt werden muss, die sie ursprÃ¼nglich noch zu Recht abgelehnt hatte. Dieses Ergebnis entspricht der in der Rechtsprechung entwickelten Faustregel, dass bei Leistungs- und Verpflichtungsklagen Ãnderungen der Sach- und Rechtslage bis zur letzten mÃ¼ndlichen Verhandlung zu berÃ¼cksichtigen sind. Soweit es dabei um tatsÃ¤chliche Ãnderungen geht, muss das Revisionsverfahren wegen der in Â§ 163 SGG vorgeschriebenen Bindung an die vorinstanzlichen Feststellungen allerdings grundsÃ¤tzlich auÃer Betracht bleiben, sodass die letzte mÃ¼ndliche Verhandlung in der Tatsacheninstanz maÃgebend ist (vgl etwa BSGE 41, 38 = SozR 2200 Â§ 1418 Nr 2; BSG vom 8. Dezember 1988 â 2 RU 83/87 â HV-INFO 1989, 631).

Neue Tatsachen oder RechtsÃ¤nderungen sind indessen nur im Rahmen des jeweiligen Streitgegenstandes zu berÃ¼cksichtigen, bei der Anfechtungs- und Leistungsklage also nur, soweit sie das konkrete Begehren betreffen, Ã¼ber das die Krankenkasse in dem angefochtenen Bescheid und dem nachfolgenden Widerspruchsbescheid entschieden hat. Medizinische Leistungen zur Rehabilitation sollen einen aktuellen, auf die Ziele des Â§ 11 Abs 2 SGB V ausgerichteten Behandlungsbedarf befriedigen. Ihre Notwendigkeit sowie Art und Umfang der

MaÃ□nahmen richten sich nach den gesundheitlichen VerhÃ¤ltnissen, die den Leistungsantrag ausgelÃ¶st haben und von der Kasse ihrer Entscheidung zu Grunde gelegt wurden. Nur der sich daraus ergebende Leistungsanspruch, nicht ein abstrakter, vom Ausgangssachverhalt losgelÃ¶ster Anspruch auf Rehabilitation ist Gegenstand des Verwaltungs- und Gerichtsverfahrens. StÃ¼tzen die diesbezÃ¼glichen Feststellungen den Anspruch nicht, ist in dem anhÃ¤ngigen Prozess grundsÃ¤tzlich nicht darÃ¼ber zu befinden, ob mÃ¶glicherweise andere, nachtrÃ¤glich aufgetretene GesundheitsstÃ¶rungen einen Rehabilitationsbedarf begrÃ¼nden. Da dann nicht mehr um die ursprÃ¼ngliche, sondern um eine andere Leistung gestritten wird, vermÃ¶gen auch GrÃ¼nde der ProzessÃ¶konomie die Einbeziehung in das laufende Verfahren nicht zu rechtfertigen.

Nach den aufgezeigten GrundsÃ¤tzen muss zunÃ¤chst geprÃ¼ft werden, ob sich der ursprÃ¼ngliche Rehabilitationsbedarf durch die seit der Verwaltungsentscheidung im Jahr 1998 eingetretene gesundheitliche Entwicklung und die zwischenzeitlich durchgefÃ¼hrten stationÃ¤ren Behandlungen so verÃ¤ndert hat, dass dem Klagebegehren die Grundlage entzogen ist. DafÃ¼r kÃ¶nnte sprechen, dass die Ablehnung der Beklagten und das dazu fÃ¼hrende Verwaltungsverfahren einen bei Abschluss des Berufungsverfahrens bereits zweieinhalb Jahre zurÃ¼ckliegenden Antrag betrafen, der sich Ã¼berdies auf ein konkretes MaÃ□nahmeziel bezog, denn die aufnehmende Klinik sollte â□□ vermutlich mit RÃ¼cksicht auf den damals aktuellen Gesundheitszustand des KlÃ¤gers â□□ zur Behandlung von psychovegetativen ErschÃ¶pfungszustÃ¤nden und chronischen ErmÃ¼dungs- und ErschÃ¶pfungserscheinungen geeignet sein. Wegen der zwischenzeitlichen stationÃ¤ren Behandlungsversuche mag es auch unwahrscheinlich sein, dass heute noch immer dieselbe KurmaÃ□nahme in Frage kommt wie vorher. Indessen lassen die vom LSG mitgeteilten Fakten allein diesen Schluss nicht zu, sodass es diesbezÃ¼glich noch tatrichterlicher Feststellungen bedarf. In diesem Zusammenhang kann auch geklÃ¤rt werden, welche Leistungen genau der KlÃ¤ger wÃ¤hrend der stationÃ¤ren Behandlung in einer Einrichtung, die sich auch als Rehabilitationszentrum bezeichnet, zu Lasten der Beklagten erhalten hat. Sollte sich seine Angabe bestÃ¤tigen, er habe keine Rehabilitationsleistungen erhalten, und sollte sich Ã¼berdies ergeben, dass die das Verfahren auslÃ¶sende psychische Erkrankung nach wie vor besteht, muss â□□ gegebenenfalls mit sachverstÃ¤ndiger Hilfe â□□ geklÃ¤rt werden, ob ihretwegen Anspruch auf die beantragte stationÃ¤re RehabilitationsmaÃ□nahme besteht.

Die weitere Sachverhaltsermittlung darf entgegen der Auffassung des LSG nicht unter Hinweis auf eine angeblich notwendige Ermessensentscheidung unterbleiben. Denn beim derzeitigen Verfahrensstand kommt es nicht darauf an, ob die Krankenkasse auch bei der Ablehnung von RehabilitationsmaÃ□nahmen und nicht nur in Bezug auf die LeistungsmodalitÃ¤ten bei der GewÃ¤hrung Ermessen auszuÃ¼ben hat. Das LSG hat zutreffend ausgefÃ¼hrt, dass ein Anspruch auf stationÃ¤re Leistungen zur Rehabilitation ausgeschlossen ist, wenn eine ambulante Rehabilitationskur oder ambulante Krankenbehandlung in Betracht kommt. Denn Â§ 40 Abs 1 SGB V macht den Anspruch auf ambulante Rehabilitationsleistungen davon abhÃ¤ngig, dass ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht; nach Â§ 40 Abs 2 SGB V setzt der Anspruch auf stationÃ¤re Rehabilitation voraus, dass eine

ambulante Leistung nach Â§ 40 Abs 1 SGB V nicht ausreicht. AuÃerdem mÃ¼ssen RehabilitationsmaÃnahmen nach Â§ 11 Abs 2 Satz 1 SGB V notwendig sein, um einer drohenden Behinderung oder PflegebedÃ¼rftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhÃ¼ten. Die Feststellung der Notwendigkeit und der Erfolgsaussicht einer beantragten RehabilitationsmaÃnahme hÃ¤ngt 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 GewÃ¤hrung dennoch mit ErmessenserwÃ¤gungen versagt werden darf.

Wenn die Krankenkasse wie im Falle des KlÃ¤gers die Voraussetzungen des Anspruchs unter den angesprochenen Gesichtspunkten verneint, weil nach der EinschÃ¤tzung des MDK das Ziel der Rehabilitation nicht erreichbar erscheint bzw die MÃ¶glichkeiten der ambulanten Behandlung nicht ausgeschÃ¶pft sind, hat das Gericht infolgedessen diese EinschÃ¤tzung unter BerÃ¼cksichtigung des aktuellen Gesundheitszustands zu Ã¼berprÃ¼fen und sich dabei gegebenenfalls sachverstÃ¤ndiger Hilfe zu bedienen; wird dies durch den Versicherten ohne triftigen Grund verhindert, wie es mit RÃ¼cksicht auf das fehlende EinverstÃ¤ndnis des KlÃ¤gers zur Beiziehung medizinischer Unterlagen hier denkbar erscheint, geht dies zu seinen Lasten. Nur wenn das Gericht nach der notwendigen SachverhaltsaufklÃ¤rung in beiden Punkten zur gegenteiligen Ãberzeugung kommt, ist die Ãberlegung gerechtfertigt, ob das Gesetz der Krankenkasse einen Ermessensspielraum einrÃ¤umt, kraft dessen sie befugt ist, den Anspruch trotz Vorliegens der genannten Voraussetzungen abzulehnen. HierÃ¼ber kann der Senat beim jetzigen Stand des Verfahrens nicht entscheiden, denn fÃ¼r die ZurÃ¼ckverweisung ist diese Frage unerheblich; eine ÃuÃerung dazu wÃ¤re nicht verbindlich. Sollten die Leistungsvoraussetzungen nachgewiesen werden, wird das LSG erneut zur Frage des Ermessens Stellung nehmen mÃ¼ssen.

SchlieÃlich wird das LSG Ã¼ber die Kosten des Revisionsverfahrens zu entscheiden haben.

Erstellt am: 21.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024