S 9 KR 73/01

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Berlin-Brandenburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Berlin-Brandenburg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	24
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	stationäre med. Rehamaßnahme Ausschöpfen ambulanter Maßnahmen § 40 SGB V
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 9 KR 73/01
Datum	23.10.2002

2. Instanz

Aktenzeichen	L 24 KR 57/02
Datum	09.03.2005

3. Instanz

Datum	-

Auf die Berufung der Beklagten werden das Urteil des Sozialgerichts Neuruppin vom 23. Oktober 2002 aufgehoben und die Klage abgewiesen. Die Beteiligten haben einander auÃergerichtliche Kosten des Rechtsstreits nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die GewÃ¤hrung einer stationÃ¤ren Rehabilitation.

Die im â¦ 1955 geborene KlÃ¤gerin, die bei der Beklagten krankenversichert ist, beantragte im Mai 2001 eine stationÃ¤re KurmaÃnahme. BeigefÃ¼gt war die Ã¤rztliche Stellungnahme der FachÃ¤rzte fÃ¼r Allgemeinmedizin H. und Dr. H. vom 10. April 2001.

Nachdem die Beklagte die Stellungnahme der Ãrztin Z. des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vom 08. Mai 2001 eingeholt hatte, lehnte sie mit Bescheid vom 09. Mai 2001 die GewÃ¤hrung einer stationÃ¤ren

RehabilitationsmaÃnahme ab, weil die ambulanten BehandlungsmÃ¶glichkeiten am Wohnort nicht ausgeschÃ¶pft seien.

Mit dem dagegen eingelegten Widerspruch machte die KlÃ¤gerin geltend, nach Ansicht ihrer behandelnden Ãrztin sei eine ambulante Behandlung nicht machbar.

Die Beklagte veranlasste das Gutachten des MDK des Dr. Sch. vom 01. Juni 2001.

Mit Widerspruchsbescheid vom 31. Juli 2001 wies die Beklagte den Widerspruch zurÃ¼ck: Die Voraussetzungen fÃ¼r eine stationÃ¤re RehabilitationsmaÃnahme lÃ¤gen nicht vor. Die KlÃ¤gerin wirke nicht im erforderlichen MaÃe unter ambulanten Bedingungen mit. Die Diabetes-Schulungen und die ErnÃ¤hrungsberatung seien auch ambulant in der HÃ¤uslichkeit beziehungsweise durch die hausÃ¤rztliche Betreuung mÃ¶glich.

Dagegen hat die KlÃ¤gerin am 30. August 2001 beim Sozialgericht Neuruppin Klage erhoben und vorgetragen: Wegen psychischer Probleme seien die ambulanten MÃ¶glichkeiten ausgeschÃ¶pft. Die Kur sei wegen ihrer Angst und Zuckererkrankung nÃ¶tig.

Das Sozialgericht hat die Befundberichte des Facharztes fÃ¼r OrthopÃ¤die Dr. J. vom 11. Dezember 2001 und der FachÃ¤rzte fÃ¼r Allgemeinmedizin H. und Dr. H. vom 04. MÃ¤rz 2002 eingeholt.

Mit Urteil vom 23. Oktober 2002 hat das Sozialgericht die Beklagte unter Aufhebung der entgegenstehenden Bescheide verurteilt, der KlÃ¤gerin eine stationÃ¤re Rehabilitation zu bewilligen: Die Kammer folge den AusfÃ¼hrungen der behandelnden HausÃ¤rztin, eine stationÃ¤re RehabilitationsmaÃnahme durchzufÃ¼hren, um der KlÃ¤gerin kompakt eine DiÃ¤tberatung, Gewichtskontrolle und -abnahme, Bewegungstraining und Ã¤hnliches zuzufÃ¼hren. Nur durch Anerziehung der notwendigen gesundheitsfÃ¶rdernden MaÃnahmen und DiÃ¤tregeln im Alltag kÃ¶nne eine Besserung der Stoffwechsellage erreicht werden. Aufgrund der DebilitÃ¤t komme es immer wieder zu DiÃ¤tfehlern, so dass ambulante MaÃnahmen nicht ausreichend seien, weil eine jederzeitige Kontrolle durch die HausÃ¤rztin nicht mÃ¶glich sei. Trotz eines Krankenhausaufenthaltes vom 14. bis 24. November 2000 sei es bisher nicht zu einer Normalisierung der Blutzuckerwerte gekommen.

Gegen das ihr am 26. November 2002 zugestellte Urteil richtet sich die am 19. Dezember 2002 eingelegte Berufung der Beklagten.

Sie verweist darauf, dass die KlÃ¤gerin an einer geeigneten und ausreichenden ambulanten Krankenbehandlung nicht mitwirke. Sollten bei einer entsprechenden Mitwirkung der KlÃ¤gerin ambulante MaÃnahmen nicht zum Erfolg fÃ¼hren, kÃ¤men zunÃ¤chst ambulante RehabilitationsmaÃnahmen in Betracht, bevor Ã¼berhaupt ein Anspruch auf eine stationÃ¤re Kur entstehe. Es gebe keine Anhaltspunkte dafÃ¼r, dass wegen kÃ¶rperlicher oder intellektueller Defizite es der KlÃ¤gerin unmÃ¶glich sei, ambulante Leistungen in Anspruch zu nehmen. Sie

kÃ¶nne selbststÃ¤ndig ihren Lebensalltag bewÃ¤ltigen. Ihre ErnÃ¤hrungsberaterin fÃ¼hre derzeit GesprÃ¤che mit der KlÃ¤gerin, um die ErnÃ¤hrungsgewohnheiten durchzusprechen und die ErnÃ¤hrung umzustellen. Die KlÃ¤gerin habe sich auÃerdem zum Aqua-Fitness-Kurs angemeldet. Nach Angaben ihrer ErnÃ¤hrungsberaterin seien die Blutzuckerwerte gut. Die KlÃ¤gerin sei auch Ã¼ber die Diabetes-Erkrankung gut informiert. Die KlÃ¤gerin begehre die Kur, um kochen zu lernen und richtig einzukaufen. Die Einholung eines SachverstÃ¤ndigengutachtens sei erforderlich.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Neuruppin vom 23. Oktober 2002 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Nach ihrer Ansicht ist der von der Beklagten erhobene Vorwurf ungerechtfertigt. Sie sei im Krankenhaus wegen ihres Diabetes bereits vor drei Jahren so geschult worden, dass sie seitdem allein spritzen kÃ¶nne. Sie habe im letzten Jahr zudem eine physikalische Behandlung wahrgenommen. Sie hat die Stellungnahme der FachÃ¤rztin fÃ¼r Allgemeinmedizin H. vom 09. Mai 2003 vorgelegt.

Der Senat hat die Befundberichte der FachÃ¤rztin fÃ¼r Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO) Dr. S. vom 05. Juni 2003 und der FachÃ¤rztin fÃ¼r Allgemeinmedizin H. vom 01. Juli 2003 und 05. Januar 2004 eingeholt sowie Beweis erhoben durch das schriftliche SachverstÃ¤ndigengutachten der FachÃ¤rztin fÃ¼r Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. K. und des Diplom-Psychologen K. vom 06. Dezember 2004.

Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird unter anderem auf Blatt 126 bis 152 beziehungsweise 153 bis 167 der Gerichtsakten verwiesen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den sonstigen Inhalt der Gerichtsakten, der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten (â¦) und der weiteren Gerichtsakte des Sozialgerichts Neuruppin (S 9 KR 52/99), der Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die zulÃ¤ssige Berufung ist begrÃ¼ndet.

Das Sozialgericht hat die Beklagte zu Unrecht verurteilt, der KlÃ¤gerin eine stationÃ¤re Rehabilitation zu bewilligen. Der Bescheid vom 09. Mai 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31. Juli 2001 ist rechtmÃ¤Ãig. Die KlÃ¤gerin hat keinen Anspruch auf eine solche Behandlung, denn zum einen sind die ambulanten BehandlungsmÃ¶glichkeiten nicht ausgeschÃ¶pft und zum anderen

besteht keine hinreichende Wahrscheinlichkeit dafÃ¼r, dass eine stationÃ¤re Rehabilitation erfolgreich absolviert werden kann.

Nach Â§ 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch FÃ¼nftes Buch (SGB V) haben Versicherte Anspruch auf Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Â§Â§ 27 bis 52 SGB V).

Ein Anspruch auf Krankenbehandlung nach Â§ 27 Abs. 1 SGB V besteht, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhÃ¼ten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst unter anderem Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergÃ¤nzende Leistungen (Â§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V).

Nach Â§ 40 Abs. 1 SGB V gilt: Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in Â§ 11 Abs. 2 SGB V beschriebenen Ziele zu erreichen, kann die Krankenkasse aus medizinischen GrÃ¼nden erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, fÃ¼r die ein Versorgungsvertrag nach Â§ 111 SGB V besteht, oder, soweit dies fÃ¼r eine bedarfsgerechte, leistungsfÃ¤hige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, in wohnortnahen Einrichtungen erbringen. Reicht diese Leistung nicht aus, kann die Krankenkasse stationÃ¤re Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach Â§ 111 SGB V besteht (Â§ 40 Abs. 2 SGB V).

Die genannten Vorschriften machen ein StufenverhÃ¤ltnis der verschiedenen MaÃnahmen der Krankenbehandlung deutlich, das bereits aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot des Â§ 12 Abs. 1 SGB V folgt, wonach die Leistungen ausreichend, zweckmÃ¤Ãig und wirtschaftlich sein mÃ¼ssen und das MaÃ des Notwendigen nicht Ã¼berschreiten dÃ¼rfen. Daraus folgt, dass eine stationÃ¤re 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 und eine ambulante Rehabilitationsleistung in Rehabilitationseinrichtungen, fÃ¼r die ein Versorgungsvertrag nach Â§ 111 SGB V besteht, nicht ausreichend sind. Liegt ein solcher Sachverhalt vor, darf eine stationÃ¤re Rehabilitation allerdings gleichwohl nicht bewilligt werden, wenn diese keine hinreichende Wahrscheinlichkeit dafÃ¼r bietet, dass das Rehabilitationsziel erreicht werden kann. Ist dieses Ziel im konkreten Einzelfall nicht zu erreichen, ist die in Frage kommende BehandlungsmaÃnahme unwirtschaftlich und darf deshalb nach Â§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V nicht bewirkt werden.

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme steht fest, dass zum einen eine ambulante Krankenbehandlung ausreichend ist und dass zum anderen mit einer stationÃ¤ren Rehabilitation das Behandlungsziel nicht erreicht werden kann. Dies folgt aus dem Gutachten der FachÃ¤rztin fÃ¼r Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. K. und des Diplom-Psychologen K. vom 06. Dezember 2004.

Danach bestehen psychogene AnfÃ¤lle (ZustÃ¤nde eines eingeengten Bewusstseins mit motorischen EntÃ¤uÃerungen, die die KlÃ¤gerin willkÃ¼rlich beginnen und beenden kann), eine psychogene GangstÃ¶rung, eine leichte Intelligenzminderung, ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus, eine arterielle Hypertonie, eine intermittierende Vorhoftachikardie und eine extreme Adipositas.

Dies ist unzweifelhaft, denn die vorliegenden Ã¤rztlichen Berichte stimmen damit im Wesentlichen Ã¼berein. Weder aus diesen Berichten noch aus der Untersuchung durch die SachverstÃ¤ndige Dr. K. gibt es Anhaltspunkte dafÃ¼r, dass, wie von der KlÃ¤gerin gegenÃ¼ber der SachverstÃ¤ndigen dargelegt, eine NervenlÃ¤hmung vorhanden ist, weswegen sie ohne KrÃ¼cken nicht mehr laufen kann.

Die KlÃ¤gerin hat sich bei der SachverstÃ¤ndigen Dr. K. zwar mit zwei Gehhilfen vorgestellt, mit denen sie zÃ¼gig und flÃ¼ssig hat gehen kÃ¶nnen. In unbeobachteten Momenten hat sie die Gehhilfen jedoch nicht benutzt und hat gleichwohl zielgerichtet und sicher gehen kÃ¶nnen. Beim Anblick der SachverstÃ¤ndigen hat sich die KlÃ¤gerin dann der Gehhilfen wieder bedient. Diese Befundung sowie die Tatsache, dass die KlÃ¤gerin beim An- und Ausziehen nicht behindert gewesen ist, belegen, dass eine Nervenerkrankung nicht besteht. Die KlÃ¤gerin hat im Ãbrigen dies auch teilweise selbst gegenÃ¼ber der SachverstÃ¤ndigen Dr. K. eingerÃ¤umt. So hat sie ausgefÃ¼hrt: "Wenn ich keinen Ãrger habe, fÃ¼hle ich mich sauwohl. Dann kann ich auch mit einer KrÃ¼cke gehen." Die Untersuchung der KlÃ¤gerin ist auch sonst auffÃ¤llig gewesen. So hat sie einen Teil der Untersuchungen mit der Bemerkung "geht gar nicht" abgelehnt. Dies hat zum Beispiel die PrÃ¼fung der Beinmotorik betroffen (zum Beispiel Anheben des Beines von der Unterlage in gebeugte Stellung). So hat die KlÃ¤gerin nicht den Versuch einer Muskelkontraktion unternommen, obwohl sie ansonsten gut hat gehen kÃ¶nnen. Beim Romberg-Test ist es zu einem groben Schwanken der KlÃ¤gerin gekommen, ohne dass sich hierfÃ¼r eine Ursache hat feststellen lassen. Die KlÃ¤gerin hat zudem bei der PrÃ¼fung der Armkraft ebenfalls keinen Versuch der Muskelkontraktion unternommen, wofÃ¼r es aus somatischer Sicht keinerlei ErklÃ¤rung gibt. Angesichts dessen haben sowohl die SachverstÃ¤ndige Dr. K. als auch die die KlÃ¤gerin behandelnden Ãrzte insoweit ein psychogenes Krankheitsbild beziehungsweise eine hysterische, hypochondrische PersÃ¶nlichkeit angenommen (Befundbericht der FachÃ¤rzte fÃ¼r Allgemeinmedizin H. und Dr. H. vom 04. MÃ¤rz 2002 und 01. Juli 2003, vgl. auch Epikrise des Kreiskrankenhauses P. der Dr. Sch. vom 05. Oktober 1998 sowie die Ã¤rztliche Stellungnahme der FachÃ¤rzte fÃ¼r Allgemeinmedizin H. und Dr. H. vom 10. April 2001 zum Antrag auf stationÃ¤re KurmaÃnahme).

Die SachverstÃ¤ndige Dr. K. hat beurteilt, dass es sich bei der psychogenen GangstÃ¶rung um eine Simulation, also eine bewusste VortÃ¤uschung einer kÃ¶rperlichen Erkrankung, handelt. Dies ist im Hinblick auf das Verhalten der KlÃ¤gerin nachvollziehbar.

In gleicher Weise sind die psychogenen AnfÃ¤lle zu beurteilen. Auch wenn diese AusnahmezustÃ¤nde nach Beurteilung der SachverstÃ¤ndigen Dr. K. offenbar auch bei heftiger emotionaler Erregung auftreten, werden sie von der KlÃ¤gerin doch

zugleich bewusst eingesetzt, um eigene WÃ¼nsche und Forderungen durchzusetzen. Dies ist insbesondere auch bei der Untersuchung durch die SachverstÃ¤ndige Dr. K. deutlich geworden. So hat die KlÃ¤gerin kategorisch auf die Anwesenheit des erwachsenen Sohnes bestanden und angekÃ¼ndigt, dass sie ohne seine Anwesenheit garantiert einen "Anfall bekomme". Die AnkÃ¼ndigung von so genannten "AnfÃ¤llen" habe, so die SachverstÃ¤ndige, insofern eine wichtige Funktion, als sie zu einer besonderen Aufmerksamkeit von Ã□rzten und sicher auch von nahen Bezugspersonen fÃ¼hre. Dies hat sich zudem in der von der SachverstÃ¤ndigen festgestellten Tendenz zur Ã□bertreibung bis hin zu konfabulatorischen Elementen dargestellt. So hat sie gegenÃ¼ber dem Diplom-Psychologen K. geÃ¤uÃ□ert, vergewaltigt worden zu sein. DemgegenÃ¼ber hat sie gegenÃ¼ber der SachverstÃ¤ndigen Dr. K. ausgefÃ¼hrt, dass es dazu nicht gekommen sei. Die Ursache fÃ¼r das von der KlÃ¤gerin dargestellte Verhalten hat die SachverstÃ¤ndige Dr. K. anhand der biografischen Anamnese darin gesehen, dass die KlÃ¤gerin in einem emotionalen Mangelmilieu aufgewachsen ist und sich auch heute noch als chronisch benachteiligt erlebt. So hat die KlÃ¤gerin geÃ¤uÃ□ert: Die Mutter habe sich "wie eine Stiefmutter" verhalten, "viel geschimpft und sie bis ins Jugendalter verprÃ¼gelt". Sie habe sich hÃ¤ufig benachteiligt gefÃ¼hlt. WÃ¤hrend sich ihre Mutter ganz liebevoll um die jÃ¼ngere Schwester gekÃ¼mmert habe, habe sie "den Arsch voll bekommen". Dieses verinnerlichte Erleben einer Benachteiligung findet sich auch im Umgang mit Ã□mtern und aktuell der Beklagten. Die Reaktionen der KlÃ¤gerin seien, so die SachverstÃ¤ndige Dr. K., durchaus kÃ¤mpferisch mit auch querulatorischen ZÃ¼gen. Die von ihr gemachten Ã□uÃ□erungen, dass sie zuschlage, wenn sie verÃ¤rgert sei, entsprechen der Wirklichkeit, wie die KlÃ¤gerin dargelegt hat. So hat sie in einem Zustand emotionaler Erregung einem Beamten einen Finger gebrochen. Bei einer Konfrontation mit einer Frau vom Jugendamt hat sie dieser drei ZÃ¤hne ausgeschlagen. Dazu hat sie gegenÃ¼ber der SachverstÃ¤ndigen geÃ¤uÃ□ert: Endlich habe sie ihr ein "paar reingewÃ¼rgt" und nicht nur immer die anderen ihr. Die KlÃ¤gerin neigt zur Abwertung anderer. DurchgÃ¤ngig besteht eine externale Schuldzuweisung. Noch heute ist sie der Auffassung, zu Unrecht wegen der Misshandlung ihres Sohnes zur Verantwortung gezogen worden zu sein (Haftstrafe von 1987 bis 1988). GefÃ¼hle der Schuld oder Scham empfindet die KlÃ¤gerin nicht. Sie hat in Kompensation ihrer subjektiv (und objektiv) erlebten Defizite eine Kampfhandlung entwickelt und fordert quasi als Ersatz oder EntschÃ¤digung fÃ¼r erlebte Benachteiligungen bestimmte Zuwendungen (so die SachverstÃ¤ndige Dr. K.).

Auch der von der KlÃ¤gerin als Angst empfundene und so bezeichnete Zustand ist nach Beurteilung der SachverstÃ¤ndigen Dr. K. hÃ¤ufig die Folge von anderen, primÃ¤ren GefÃ¼hlen und hat verschiedene Bedeutungen. Er bedeute zum Beispiel EnttÃ¤uschung und Ã□rger infolge von Nichtbeachtung und Benachteiligung, aber auch Trauer durch Verluste (Auszug des jÃ¼ngsten Sohnes), Hilflosigkeit und KrÃ¤nkung (Meidung und Missachtung durch andere). Infolge dieser unterschiedlichen emotionalen Verfassungen reagiere die KlÃ¤gerin, zusÃ¤tzlich aber auch als bewusste Manipulation, um sich durchzusetzen, mit AnfÃ¤llen.

Die von dem SachverstÃ¤ndigen K. durchgefÃ¼hrten psychologischen Leistungs-

und PersÃ¶nlichkeitstests haben eine entsprechende PersÃ¶nlichkeit aufgedeckt. Auch bei dieser Testung hat die KlÃ¤gerin ihren Sohn mitgebracht, der den Testraum nicht habe verlassen dÃ¼rfen, da er "Sicherheit vermittle". Es sei im Rahmen dieser Tests besonders aufgefallen, dass sie passiven Widerstand gegenÃ¼ber Leistungsanforderungen im sozialen und beruflichen Bereich hat und ungerechtfertigt der Annahme ist, missverstanden, ungerecht behandelt und Ã¼bermÃ¤Ã□ig in die Pflicht genommen zu werden. Insgesamt habe die KlÃ¤gerin einen Intelligenzquotienten von 67 erreicht, was einer leichten Intelligenzminderung entspreche.

Die SachverstÃ¤ndige Dr. K. hat beurteilt, dass eine Behandlung der psychogenen AnfÃ¤lle und der psychogenen GangstÃ¶rung wenig aussichtsreich ist. Sie hat dies nachvollziehbar damit begrÃ¼ndet, dass aufgrund des hohen sekundÃ¤ren Krankheitsgewinnes, des fehlenden VerÃ¤nderungsanliegens und der Intelligenzminderung eine Einwirkung auf dieses Fehlverhalten wenig aussichtsreich ist. Als mÃ¶gliche Therapie komme zwar die Behandlung durch einen Psychologen oder Psychiater in Betracht. Bei der jedoch nicht gegebenen entsprechenden Motivation der KlÃ¤gerin kÃ¶nne das Behandlungsziel, eine Bearbeitung des Fehlverhaltens, nicht erreicht werden.

BehandlungsbedÃ¼rftig und behandlungsfÃ¤hig sind demgegenÃ¼ber der insulinpflichtige Diabetes mellitus, die arterielle Hypertonie, die intermittierende Vorhoftachikardie und die extreme Adipositas (107,2 kg KÃ¶rpergewicht bei einer KÃ¶rpergrÃ¶Ã□e von 169 cm). Letztgenanntes Leiden stelle einen Risikofaktor fÃ¼r degenerative GelenkverÃ¤nderungen und insbesondere fÃ¼r eine Progredienz des bestehenden Diabetes mellitus und des Hypertonus dar.

Eine solche Behandlung, insbesondere des Diabetes mellitus, kann nach der SachverstÃ¤ndigen Dr. K. ambulant ausreichend erfolgen. Bei der KlÃ¤gerin besteht kein Defizit an AufklÃ¤rung Ã¼ber diese Erkrankung, sondern ein Mangel an wirklicher Motivation. Die KlÃ¤gerin selbst hat gegenÃ¼ber der SachverstÃ¤ndigen Dr. K. angegeben, bezÃ¼glich des Diabetes mellitus sehe sie keine Probleme. Sie spritze sich viermal tÃ¤glich Insulin und der Blutzucker werde 14-tÃ¤gig kontrolliert. Auch die ErnÃ¤hrung bereite ihr keine Schwierigkeiten. Man habe gesagt, sie kÃ¶nne alles essen, aber im Rahmen. Sie wolle abnehmen. Dem steht jedoch gegenÃ¼ber, dass sie tatsÃ¤chlich die notwendige DiÃ¤t nicht eingehalten hat, obwohl ihr diese bekannt ist. WÃ¤hrend der Begutachtung sei der Eindruck entstanden, dass den internistischen Erkrankungen, insbesondere der Adipositas, von der KlÃ¤gerin relativ wenig Beachtung geschenkt werde. Die KlÃ¤gerin strebe zwar eine Gewichtsreduktion an, trotzdem komme es zu groben DiÃ¤tfehlern wie dem Verzehr von SÃ¼Ã□igkeiten (Rosinen mit Schokolade) und zu einem Bewegungsmangel durch Vermeidung von Belastungen. Trotz der leichten Intelligenzminderung sei der KlÃ¤gerin bei einer entsprechenden Motivation zumutbar, sich insbesondere an die DiÃ¤tregeln zu halten.

Das Verhalten der KlÃ¤gerin wird vornehmlich dadurch geprÃ¤gt, dass sie versucht, tatsÃ¤chlich oder vermeintlich erlittene Benachteiligungen durch die Erlangung besonderer FÃ¼rsorge auszugleichen. Die SachverstÃ¤ndige Dr. K. hat bei der

KlÃ¤gerin die Tendenz vorgefunden, sich von allen Kontaktpersonen versorgen zu lassen, um ihre eigenen Interessen konsequent durchzusetzen. Dies ist in der Untersuchung auch dadurch deutlich geworden, dass die KlÃ¤gerin dem anwesenden Sohn die FÃ¼Ãe entgegengestreckt hat, damit dieser die Schuhe hat zubinden mÃ¼ssen. Objektiv ist dies nicht erforderlich gewesen, denn die KlÃ¤gerin hat sich selbst an- und ausziehen kÃ¶nnen. AuÃerdem lÃ¤sst sich die KlÃ¤gerin von ihrer behandelnden Ãrztin H. im Hausbesuch betreuen, wofÃ¼r es keine zwingenden GrÃ¼nde gibt. So hat die KlÃ¤gerin gegenÃ¼ber der SachverstÃ¤ndigen Dr. K. angegeben, dass sie manchmal am Wochenende ihren Ehemann besuche oder auch gern ihre Enkelkinder betreue, ohne sich durch deren Versorgung Ã¼berfordert zu fÃ¼hlen. SchlieÃlich ist es der KlÃ¤gerin mÃ¶glich gewesen, an drei aufeinanderfolgenden Tagen zum Zwecke der Begutachtung die Klinik aufzusuchen. Angesichts dessen ist nicht nachvollziehbar, weshalb gegebenenfalls erforderliche Blutzuckerkontrollen nebst entsprechender insbesondere ErnÃ¤hrungsberatung nicht durch eine ambulante Behandlung durch Aufsuchen der behandelnden FachÃ¤rztin fÃ¼r Allgemeinmedizin H. mÃ¶glich sein soll. Soweit die behandelnde Ãrztin in ihrem Befundbericht vom 01. Juli 2003 ausgefÃ¼hrt hat, sie sehe eine ambulante Krankenbehandlung als ausgeschÃ¶pft an, wird ersichtlich die von der KlÃ¤gerin bewusst eingesetzte Versorgungshaltung verkannt. Es wird von dieser Ãrztin nicht gesehen, dass sie dazu benutzt wird, das Interesse der KlÃ¤gerin an einer stationÃ¤ren Rehabilitation durchzusetzen. Die von dieser Ãrztin zudem angegebene BegrÃ¼ndung, eine stationÃ¤re Rehabilitation sei erforderlich, um die KlÃ¤gerin von belastenden LebensverhÃ¤ltnissen zu entlasten, ist ersichtlich unzutreffend. Wie die SachverstÃ¤ndige Dr. K. zutreffend ausgefÃ¼hrt hat, mag sich die KlÃ¤gerin zwar nach dem Auszug ihres jÃ¼ngsten Sohnes einsam fÃ¼hlen. Sie hat jedoch zu diesem und auch zu ihrem â von ihr getrennt lebenden â Ehemann stÃ¤ndigen und engen Kontakt, ohne dass daraus zugleich eine psychische Belastung bewirkt wird. Die KlÃ¤gerin selbst hat gegenÃ¼ber der SachverstÃ¤ndigen angegeben, die stationÃ¤re Rehabilitation sei notwendig, um dann ruhiger zu werden und keine Angst mehr haben zu mÃ¼ssen. Es sei ihr auch wichtig, "kÃ¶rperlich stabiler" zu sein. Sie mÃ¼sse ihre "Beine mehr akzeptieren". Wie oben bereits dargelegt, ist eine Beeinflussung des psychogenen Krankheitsbildes angesichts der fehlenden Motivation der KlÃ¤gerin jedoch nicht mÃ¶glich beziehungsweise bei gegebener Motivation eine ambulante Krankenbehandlung durch einen Psychiater und Psychologen ausreichend.

Nach alledem bestehen ausreichende ambulante BehandlungsmÃ¶glichkeiten, so dass eine stationÃ¤re Rehabilitation nicht in Betracht kommt.

Eine solche stationÃ¤re Rehabilitation ist im Ãbrigen nach der Beurteilung der SachverstÃ¤ndigen Dr. K. auch nicht geeignet, das Rehabilitationsziel mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu erreichen. Dies gilt sowohl hinsichtlich einer psychischen Stabilisierung als auch einer Optimierung der Blutzuckereinstellung.

Die SachverstÃ¤ndige weist zutreffend darauf hin, dass die KlÃ¤gerin bereits unrealistische Erwartungen von den Inhalten einer stationÃ¤ren Rehabilitation hat. Sie erwartet viel individuelle Zuwendung, Akzeptanz von Mitpatienten, gute EinkaufsmÃ¶glichkeiten usw., ohne zu berÃ¼cksichtigen, dass sie selbst Initiative

und Motivation aufbringen muss, um eine Beeinflussung des psychogenen Krankheitsbildes erreichen zu kÃ¶nnen. Da es daran fehlt, fÃ¼hren, worauf die SachverstÃ¤ndige Dr. K. hingewiesen hat, schon geringe Abweichungen von ihren Erwartungen zur EnttÃ¤uschung, Erregung und dem GefÃ¼hl der ungerechten Behandlung beziehungsweise Benachteiligung. Aufgrund der PersÃ¶nlichkeitspathologie, der erheblichen interpersonellen StÃ¶rungen, insbesondere auch der ausgeprÃ¤gten Frustrationsintoleranz, ist es fÃ¼r die KlÃ¤gerin schwierig, sich in einer ihr nicht vertrauten Umgebung wohl zu fÃ¼hlen. Im Hinblick darauf steht zu erwarten, dass es zu den beschriebenen GefÃ¼hlszustÃ¤nden kommt. Wenn die SachverstÃ¤ndige angesichts dessen keine Wahrscheinlichkeit dafÃ¼r gesehen hat, dass eine stationÃ¤re Rehabilitation erfolgreich absolviert werden kann, ist dies nachvollziehbar.

Aufgrund der gegebenen PersÃ¶nlichkeitspathologie ist auch bezÃ¼glich des Diabetes mellitus und der arteriellen Hypertonie durch eine stationÃ¤re Rehabilitation keine erfolgreiche Behandlung zu sichern. Durch eine mehrwÃ¶chige stationÃ¤re Rehabilitation kÃ¶nne, so die SachverstÃ¤ndige Dr. K., zwar eine vorÃ¼bergehende Verbesserung der Blutzucker- und Blutdruckwerte erreicht werden, sofern es gelÃ¤nge, durch eine durchgÃ¤ngige Einzeltherapie das demonstrative Verhalten zu begrenzen. Mit der RÃ¼ckkehr in das hÃ¤usliche Milieu und die alten Verhaltensmuster sei jedoch kaum eine Nachhaltigkeit zu erzielen. Dies ist fÃ¼r den Senat nachvollziehbar.

Die Berufung hat daher Erfolg.

Die Kostenentscheidung folgt aus Â§ 193 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreits.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen hierfÃ¼r (Â§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG) nicht vorliegen.

Erstellt am: 08.04.2005

Zuletzt verändert am: 22.12.2024