

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 13 R 435/14 B

L 8 R 626/13 (LSG Berlin-Brandenburg)
S 35 R 810/08 (SG Cottbus)

.....,

Kläger, Antragsteller und
Beschwerdeführer,

g e g e n

Deutsche Rentenversicherung Bund,
Ruhrstraße 2, 10709 Berlin,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 13. Senat des Bundessozialgerichts hat am 10. März 2015 durch den
Vizepräsidenten Prof. Dr. Schlegel sowie die Richter Dr. Fichte
und Dr. Kaltenstein
beschlossen:

Der Antrag des Klägers, ihm für das Verfahren der Beschwerde gegen die Nicht-
zulassung der Revision im Beschluss des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg
vom 18. November 2014 Prozesskostenhilfe zu bewilligen und einen Rechts-
anwalt beizuzuordnen, wird abgelehnt.

Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision im vorge-
nannten Beschluss wird als unzulässig verworfen.

Außergerichtliche Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.



Gründe :

I

- 1 Der im Februar 1950 geborene Kläger, der seit 1.8.2008 eine Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Dauer bezieht, begehrt in der Hauptsache eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme. Seinen Antrag vom Dezember 2007 lehnte die Beklagte nach Einholung eines Gutachtens der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. H. vom 21.4.2008 ab (*Bescheid vom 10.1.2008, Widerspruchsbescheid vom 17.7.2008*). Die Voraussetzungen des § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 und 2 iVm § 10 SGB VI für die Gewährung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation lägen nicht vor. Bei Art und Schwere der Gesundheitsstörungen des Klägers sei nicht zu erwarten, dass durch diese Leistungen die bereits bestehende Erwerbsminderung beseitigt werden könne. Das SG hat mit Urteil vom 22.3.2013 die Klage abgewiesen. Aus dem Gutachten von Dr. H. folge auch nach Auffassung der Kammer keine für den Kläger günstigere Entscheidung. Vielmehr sei dieses Gutachten dahingehend zu verstehen, dass auf orthopädischem und internistischem Fachgebiet die Behandlungsmöglichkeiten noch nicht ausgeschöpft gewesen seien, während im maßgebenden Bereich der psychischen Erkrankung des Klägers ein nicht mehr therapiezugänglicher Dauerzustand eingetreten sei. Für die Richtigkeit dieser Beurteilung spreche auch der tatsächliche Krankheitsverlauf mit der zwischenzeitlich erfolgten Bewilligung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Dauer. Zwar habe die Beklagte als erst-angegangener Rehabilitationsträger versäumt zu prüfen, ob sich ein Anspruch des Klägers auf die begehrte stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme aus dem Leistungsrecht des SGB V ergebe. Dies sei aber gemäß § 11 Abs 2 iVm § 40 SGB V nicht der Fall, weil bei den Gesundheitsstörungen des Klägers Maßnahmen der akuten Krankenbehandlung ausreichend seien. Nach vorheriger Anhörung der Beteiligten hat das LSG mit Beschluss vom 18.11.2014 die Berufung des Klägers zurückgewiesen und zugleich seinen Antrag auf Prozesskostenhilfe (PKH) für das Berufungsverfahren abgelehnt. Ferner hat es in diesem Beschluss das Ablehnungsgesuch des Klägers vom 21.9.2014 gegen die Vorsitzende Richterin am LSG S., den Richter am LSG T. und die Richterin am LSG R. wegen Besorgnis der Befangenheit als unzulässig verworfen. Die Anwürfe des Klägers hätten keinen reellen Hintergrund. Die abgelehnten Richter hätten daher selbst über das Ablehnungsgesuch (mit) entscheiden dürfen. Bezüglich des geltend gemachten Anspruchs auf Gewährung einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme nach dem SGB VI ist das Berufungsgericht den seiner Ansicht nach zutreffenden Gründen des SG-Urteils gefolgt und hat gemäß § 153 Abs 2 SGG von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe abgesehen. Ein Anspruch folge auch nicht aus § 11 Abs 2 iVm § 40 SGB V. Er scheitere bereits an der fehlenden medizinischen Notwendigkeit einer solchen Maßnahme. Gegenteiliges ergebe sich auch nicht aus dem vom Gericht eingeholten Befundbericht vom 30.6.2014 der den Kläger behandelnden Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. Sch. .



- 2 Gegen den ihm am 21.11.2014 zugestellten Beschluss hat der Kläger mit Schreiben vom 5.12.2014, beim BSG eingegangen am 16.12.2014, Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision erhoben und PKH für die Durchführung des Nichtzulassungsbeschwerdeverfahrens unter Beiordnung eines Rechtsanwalts beantragt. Der angefochtene Beschluss verstoße gegen "§§ 103, 106, 128 SGG i. V. m. Art. 103 GG". Das LSG hätte selbst prüfen müssen, ob in seinem Fall die Voraussetzungen der Gewährung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme nach Maßgabe von § 11 Abs 2 iVm § 40 SGB V vorlägen. Es sei auch nicht zutreffend, dass ihm bereits am Untersuchungstag bei der Sachverständigen Dr. H. am "21.4.2008" die voll anerkannte Erwerbsminderung bekannt gewesen sei. Vielmehr habe er erst mit Bescheid vom 9.6.2008 von der "voll anerkannten Erwerbsunfähigkeit" Kenntnis erlangt. Auch habe sich sein GdB von 50 auf 70 verschlimmert. Seit 27.4.2011 bestehe bei ihm zudem Pflegebedürftigkeit. Ergänzend hat der Kläger seiner Beschwerdeschrift ein Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit der MDK-Beratungsstelle Görlitz vom 27.4.2011 beigelegt.

II

- 3 Der Antrag des Klägers auf PKH ist abzulehnen.
- 4 1. Gemäß § 73a Abs 1 S 1 SGG iVm § 114 Abs 1 S 1 ZPO kann einem Beteiligten für das Verfahren vor dem BSG nur dann PKH bewilligt werden, wenn die beabsichtigte Rechtsverfolgung hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet. Dies ist hier nicht der Fall. Deshalb kommt auch die Beiordnung eines Rechtsanwalts nicht in Betracht (§ 73a Abs 1 S 1 iVm § 121 Abs 1 ZPO).
- 5 Es kann dahinstehen, ob im Fall des Klägers die strengen Voraussetzungen für die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision in der angefochtenen Berufungsentscheidung (vgl. §§ 160, 160a SGG) überhaupt erfüllbar sind. Denn die hinreichende Erfolgsaussicht ist bei der Gewährung von PKH für die Nichtzulassungsbeschwerde nicht allein danach zu beurteilen, ob die Beschwerde Aussicht auf Erfolg hat. Vielmehr ist PKH auch dann zu versagen, wenn klar auf der Hand liegt, dass der Antragsteller letztlich nicht dasjenige erreichen kann, was er mit dem Prozess in der Hauptsache anstrebt; denn PKH soll es einem Bedürftigen nicht ermöglichen, Verfahren durchzuführen, welche im Ergebnis nicht zu seinen Gunsten ausgehen können, die also ein verständiger Rechtsuchender nicht auf eigene Kosten führen würde (*stRspr*, vgl. *BVerfG* <Kammer> Beschluss vom 13.7.2005 - 1 BvR 1041/05 - *SozR* 4-1500 § 73a Nr 3 *RdNr* 10 ff; *BSG* Beschluss vom 5.9.2005 - B 1 KR 9/05 BH - *SozR* 4-1500 § 73a Nr 2 *RdNr* 3 *mwN*; *BSG* Beschluss vom 22.7.2014 - B 5 R 56/14 B - *BeckRS* 2014, 71432 *RdNr* 3 ff).
- 6 Der Kläger hat keinen Anspruch auf die begehrte stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme. Ein solcher Anspruch ergibt sich weder aus dem Leistungsrecht des SGB VI noch aus dem des SGB V.



- 7 Nach § 10 Abs 1 Nr 1 SGB VI erfüllen Versicherte die persönlichen Voraussetzungen ua für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und 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. Zutreffend haben die Vorinstanzen diese Voraussetzungen verneint. Für die Richtigkeit dieser Beurteilung spricht schon der in den aktenkundigen medizinischen Befundberichten und Gutachten dokumentierte Krankheitsverlauf beim Kläger und die kurze Zeit nach der von der Sachverständigen Dr. H. am 17.4.2008 durchgeführten Begutachtung erfolgte Bewilligung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Dauer zum 1.8.2008.
- 8 Im Ergebnis zu Recht haben die Vorinstanzen auch einen Anspruch des Klägers gegen die Beklagte als erstangegangenen Rehabilitationsträger iS von § 14 SGB IX (*vgl BSGE 113, 40 = SozR 4-3250 § 14 Nr 19 RdNr 16 f*) auf eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme auf der Grundlage von § 11 Abs 2 iVm § 40 SGB V verneint. Gemäß § 11 Abs 2 S 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Gemäß § 40 Abs 1 S 1 SGB V erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111c SGB V besteht, wenn bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht, um die in § 11 Abs 2 SGB V beschriebenen Ziele zu erreichen. Reicht die Leistung nach § 40 Abs 1 SGB V nicht aus, erbringt die Krankenkasse gemäß § 40 Abs 2 S 1 SGB V stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 20 Abs 2a SGB IX zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111a SGB V besteht. Die notwendige medizinische Erforderlichkeit einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme ergibt sich jedoch nicht aus den aktenkundigen medizinischen Unterlagen und insbesondere nicht aus dem vom LSG eingeholten aktuellen Befundbericht der den Kläger behandelnden Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. Sch. vom 30.6.2014, worauf das Berufungsgericht insoweit zutreffend hingewiesen hat. Etwas anderes folgt auch nicht aus dem vom Kläger seiner Beschwerdeschrift beigefügten Gutachten der MDK-Beratungsstelle Görlitz vom 27.4.2011 zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Zwar wird dort von der Gutachterin K. ausgeführt, dass beim Kläger seit 21.12.2010 Pflegebedürftigkeit bestehe. Allerdings liege diese noch unterhalb der Pflegestufe 1 iS des § 15 SGB XI (*S 12 des Gutachtens unter 5.2.1 Pflegebedürftigkeit*). Des Weiteren wird in diesem Gutachten aber auch ausdrücklich festgestellt, dass sich aufgrund der im Rahmen der Begut-



achtung gewonnenen Erkenntnisse keine Hinweise für die Empfehlung einer Leistung der medizinischen Rehabilitation ergeben hätten (*S 14 des Gutachtens unter 6.3 Leistung zur medizinischen Rehabilitation*).

- 9 2. Die vom Kläger persönlich erhobene Beschwerde ist unzulässig, weil sie nicht von einem beim BSG zugelassenen Prozessbevollmächtigten (§ 73 Abs 4 SGG) eingelegt worden ist.
- 10 3. Die Kostenentscheidung beruht auf einer entsprechenden Anwendung des § 193 SGG.

