L 9 KR 463/16 B ER

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 28 KR 1549/16 ER
Datum
31.08.2016
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 9 KR 463/16 B ER
Datum
21.12.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Leitsätze
1. Mehr als sechs Monate nach dem Abschluss der Krankenhausbehandlung kommt die Bewilligung einer Anschlussrehabilitation nach § 40 Abs. 6 SGB V nicht mehr in Betracht, denn erforderlich ist insoweit ein unmittelbarer Anschluss an die Krankenhausbehandlung.
2. Die Bewilligung einer Maßnahme stationärer Rehabilitation bedarf einer vertragsärztlichen Verordnung, die den Vorgaben in den Rehabilitations-Richtlinien des GBA genügt.
Die Beschwerde der Antragstellerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Berlin vom 31. August 2016 wird zurückgewiesen.
Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Gründe:

Die Beschwerde der Antragstellerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Berlin vom 31. August 2016 ist zulässig, hat aber keinen Erfolg. Zu Recht hat das Sozialgericht den Eilantrag zurückgewiesen.

Der Eilantrag der Antragstellerin ist gerichtet auf die Verpflichtung der Antragsgegnerin zur Bewilligung einer Maßnahme der stationären (Anschluss-) Rehabilitation nach § 40 Abs. 2 bzw. Abs. 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund sind nicht hinreichend glaubhaft gemacht (§ 86b Abs. 2 Satz 4 Sozialgerichtsgesetz [SGG] in Verbindung mit § 920 Abs. 2 der Zivilprozessordnung). Zur Vermeidung von Wiederholungen nimmt der Senat wegen der Begründung Bezug auf die erstinstanzliche Entscheidung (§ 142 Abs. 2 Satz 3 SGG). Zu ergänzen bleibt:

Beim Verwaltungsvorgang der Antragsgegnerin befindet sich ein "Antrag/Befund-bericht zur Anschlussrehabilitation", der von dem im I Krankenhaus B beschäftigten Arzt H am 8. Juni 2016 ausgefüllt und unterschrieben wurde. In dem Formular sind die Fragen, ob das Rehabilitationsziel auch ambulant zu erreichen sei, ob die Patientin über die erforderliche Mobilität und Belastbarkeit verfüge und ob im Falle einer ambulanten Rehabilitation die häusliche Versorgung gesichert sei, jeweils durch Ankreuzen mit "ja" beantwortet. Dementsprechend ist in dem vorläufigen Entlassungsbericht vom 9. Juni 2016 verzeichnet, die Schulterarthroskopie sei ohne Komplikation durchgeführt worden und empfohlen werde "eine intensive physiotherapeutische Beübung unter bedarfsangepasster analgetischer Medikation ohne Limitierung des Bewegungsumfanges". Von der Notwendigkeit einer stationären Anschlussrehabilitation ist darin nicht die Rede; vielmehr drängt die zitierte Passage des Entlassungsberichts die Schlussfolgerung auf, dass bei Entlassung der Antragstellerin eine ambulante Weiterbehandlung als ausreichend angesehen wurde.

Mit dem Eilantrag vom 19. August 2016 und der Beschwerde vom 28. September 2016 hat die Antragstellerin den "Antrag/Befundbericht zur Anschlussrehabilitation", vom 8. Juni 2016 in korrigierter Fassung zu den Gerichtsakten gereicht, ohne dass erkennbar ist, wer die Korrekturen vorgenommen hat. Die oben wiedergegebenen drei Fragen sind nunmehr durch Ankreuzen mit "nein" beantwortet, die "ja"-Kreuzchen sind durchgestrichen. Das Formular befindet sich in dieser Fassung nicht bei dem Verwaltungsvorgang der Antragsgegnerin. Die medizinische Notwendigkeit einer stationären Anschlussrehabilitation auf der Grundlage von § 40 Abs. 6 SGB V ist so nach wie vor nicht glaubhaft gemacht. Im Gesamtbild bleiben erhebliche Zweifel, ob von Seiten des Krankenhauses eine stationäre Anschlussrehabilitation befürwortet war.

Das kann aber auch auf sich beruhen. Denn die Frage der Anschlussrehabilitation hat sich durch Zeitablauf erledigt. Die Entlassung der Antragstellerin aus dem Immanuel-Krankenhaus liegt nun über sechs Monate zurück. Von einer "Anschlussrehabilitation" im Sinne des Gesetzes kann aber nur die Rede sein, wenn diese im "unmittelbaren Anschluss an die Krankenhausbehandlung" (§ 40 Abs. 6 Satz 1 SGB V) erfolgt. Als "unmittelbar" gilt der Anschluss auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser

Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich (§ 40 Abs. 6 Satz 1, 2. Halbs. SGB V). "Tatsächliche Gründe" in diesem Sinne können etwa darin liegen, dass kein Platz in einer Rehabilitationseinrichtung zur Verfügung steht (Hellkötter-Backes in LPK-SGB V, 5. Aufl. 2016, Rdnr. 41 zu § 40). Davon war hier nicht die Rede.

Daher kann das Begehren der Antragstellerin sich sinnvoller Weise nur auf den Erhalt einer Maßnahme der stationären Rehabilitation im Sinne von § 40 Abs. 2 SGB V erstrecken. Hierfür fehlt es aber schon an dem notwendigen Verwaltungsverfahren, denn eine solche ist bislang nicht bei der Antragsgegnerin beantragt. Zugleich ist es dem Senat aus Rechtsgründen verwehrt, die Antragsgegnerin zur Gewährung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme zu verpflichten: Zu Recht hat das Sozialgericht insoweit auf § 40 Abs. 3 Satz 4 SGB V hingewiesen, wonach eine Leistung der stationären Rehabilitation nach § 40 Abs. 2 SGB V nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung einer solchen erbracht wird, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Diese Beschränkung greift im Falle der Antragstellerin, die im Dezember 2013 und im November/Dezember 2015 Maßnahmen stationärer Rehabilitation erhalten hat.

Ob eine vorzeitige Leistung "aus medizinischen Gründen dringend erforderlich" ist (§ 40 Abs. 3 Satz 4 SGB V), worauf das Attest des Arztes Dr. S vom 19. September 2016 und die Bescheinigung des Krankenhausarztes Dr. B vom 22. August 2016 zumindest hindeuten könnten, bedarf keiner Entscheidung. Denn, und dass ist entscheidend, es fehlt für die Bewilligung einer stationären Rehabilitation nach § 40 Abs. 2 SGB V an einer vertragsärztlichen Verordnung. Der Senat hat insoweit in seinem Urteil vom 19. Dezember 2007 (L 9 KR 150/03, zitiert nach juris, dort Rdnr. 16 bis 19) ausgeführt:

"Nach § 15 Abs. 1 SGB V wird die ärztliche Behandlung von Ärzten erbracht. Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt angeordnet und von ihm verantwortet werden. Die Erforderlichkeit ärztlicher Verordnungen für die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, insbesondere in Rehabilitationseinrichtungen, ist durch § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 SGB V noch einmal ausdrücklich bestimmt worden. Erst durch die vertragsärztliche Verordnung wird das dem Versicherten durch § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V gewährte Rahmenrecht auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu einem Anspruch auf die vom Vertragsarzt bestimmte Rehabilitationsmaßnahme - unter Beachtung des der Krankenkasse nach § 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V zustehenden Ermessens - konkretisiert. Daraus folgt, dass dem Versicherten ohne vertragsärztliche Verordnung (noch) kein Anspruch auf die begehrte Rehabilitationsmaßnahme zusteht.

Die vertragsärztliche Verordnung muss zunächst die von § 15 Abs. 1 Satz 1 SGB V geforderten Voraussetzungen erfüllen, d.h. der Vertragsarzt muss eine hinreichend konkretisierte Maßnahme anordnen und für die Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Maßnahme sowohl gegenüber dem Versicherten als auch gegenüber den Krankenkassen die Verantwortung übernehmen. Daran fehlt es, wenn der Arzt - wie im vorliegenden Fall die behandelnden Ärzte des Klägers - keine Behandlung anordnet, sondern lediglich "befürwortet", "empfiehlt" oder "anregt", weil sie ihm "sinnvoll" erscheint. Mit diesen Formulierungen in ärztlichen Bescheinigungen begrenzen Ärzte ihre Stellungnahmen auf Empfehlungen oder gutachtliche Äußerungen, ohne Verantwortung übernehmen zu wollen, so dass entsprechenden Bescheinigungen, wie im vorliegenden Fall, die erforderliche "Verordnung" fehlt.

Darüber hinaus ergeben sich die Notwendigkeit der vertragsärztlichen Verordnung und weitere Anforderungen an die Verordnung und an den verordnenden Arzt aus den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien - RehaRL -) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V vom 16. März 2004. ( ) Abgesehen von der danach erforderlichen Rehabilitationsberatung nach §§ 5 und 6 der genannten Richtlinien darf ein Vertragsarzt eine Rehabilitationsmaßnahme nach § 7 der Richtlinien nur verordnen, wenn er die Rehabilitationsbedürftigkeit, die Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose auf der Grundlage realistischer, für den Versicherten alltagsrelevanter Rehabilitationsziele feststellt und gemäß § 11 der Richtlinien die besondere Qualifikation zur Beratung des Versicherten sowie zur Verordnung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation besitzt."

An dieser Rechtsprechung hält der Senat fest. An einer den rechtlichen Erfordernissen genügenden vertragsärztlichen Verordnung fehlt es. Daher bleibt dem Eilantrag bzw. der Beschwerde der Erfolg versagt.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Dieser Beschluss kann nicht mit der Beschwerde an das Bundessozialgericht angefochten werden (§ 177 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
BRB
Saved
2017-01-03