

L 8 KR 171/17

Land

Hessen

Sozialgericht

Hessisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

8

1. Instanz

SG Frankfurt (HES)

Aktenzeichen

S 34 KR 367/16

Datum

10.03.2017

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 8 KR 171/17

Datum

14.12.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 1 KR 2/18 B

Datum

14.02.2018

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 10. März 2017 wird zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist der Anspruch des Klägers auf eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme (Reha-Maßnahme) streitig.

Der Kläger, geb. 1947, ist bei der Beklagten krankenversichert und leidet u.a. an Psoriasis vulgaris [ICD-10-GM L 40.0 G]. Er bezieht seit 2012 Altersrente.

Die Beklagte gewährte dem Kläger medizinische Reha-Leistungen in den Jahren 2005, 2008, 2010, 2012 und zuletzt vom 2. bis zum 29. Juli 2014 im Reha-Zentrum C.

Der Kläger beantragte mit Schreiben vom 7. Februar 2016 die Gewährung einer stationären Maßnahme im Reha-Zentrum C. in den Monaten Juni, Juli und August. In der Vergangenheit sei dort ein guter Heilungserfolg sichtbar gewesen. Wegen einer voraussichtlichen versicherungspflichtigen Beschäftigung und zur Sicherstellung freier Behandlungskapazitäten sei eine frühzeitige Abstimmung des Termins erforderlich. Der Kläger legte ein ausgefülltes Antragsformular der Beklagten "Stationäre Rehabilitation Leistungen" nebst einer Verordnung durch Frau Dr. med. B. (Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten) vom 5. Februar 2016 nebst einem Auszug aus einem ärztlichen Entlassungsbericht (ohne Angabe von Datum bzw. der ausstellenden Reha-Einrichtung) vor.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 15. Februar 2016 den Antrag ab. Grundsätzlich sei eine erneute stationäre Reha-Maßnahme erst nach Ablauf von vier Jahren möglich. Aus den eingereichten Unterlagen seien keine dringenden gesundheitlichen Gründe erkennbar, die eine vorzeitige Leistung erforderten.

Dagegen erhob der Kläger am 18. Februar 2016 Widerspruch.

Die Beklagte veranlasste eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Hessen (im Weiteren: MDK), die am 18. Februar 2016 erstellt wurde. Darin führt dieser aus, eine stationäre Reha-Maßnahme sei nicht zu empfehlen, da ambulante Behandlungsmöglichkeiten nicht genutzt worden seien und kein dringender vorzeitiger Rehabilitationsbedarf bestehe.

Im Laufe mehrerer telefonischer Kontakte führte der Kläger aus, intensive Kortison-Behandlung habe bereits zu einem Herpes im Mund geführt. Aufgrund dessen sei er drei Monate erkrankt. Ihm helfe nur eine stationäre Reha-Maßnahme. Danach habe er ein bis zwei Jahre Ruhe. Aktuell habe er einen extremen Schub. Die Erkrankung gehe bereits auf seine Gelenke über.

Die Beklagte lud den Kläger mit Schreiben vom 1. März 2016 zu einer körperlichen Untersuchung am 7. März 2016 vor. Der Kläger teilte daraufhin der Beklagten mit Schreiben vom 3. März 2016 mit, er werde sich vom MDK nicht begutachten lassen. Die Aktenlage sei zur Sachaufklärung ausreichend.

Der MDK erstellte ein Gutachten nach Aktenlage vom 7. März 2016. Die Reha-Klinik habe im Entlassungsbericht aus dem Jahr 2014 eine regelmäßige dermatologische Behandlung sowie Sport und Bewegung empfohlen, dagegen sei eine vorzeitige Reha-Leistung nicht angeraten worden. Nach der hautärztlichen Verordnung bestünden rote entzündliche sichtbare Hautveränderung mit Juckreiz, Schmerzen und Bewegungsbehinderungen in beiden Kniegelenken und Atembehinderungen nach Lungenembolie. Eine vorzeitige Reha-Leistung wegen einem schlechten Ansprechen auf Therapien werde nicht genannt. Anhand der Unterlagen sei nicht erkennbar, dass die genannten entzündlichen Hautveränderungen und Funktionseinschränkungen trotz regelmäßiger hautärztlicher Behandlung weiterhin so ausgeprägt seien, dass ambulante Behandlungsmaßnahmen nicht mehr ausreichend und eine vorzeitige Reha-Leistung dringend erforderlich seien. Somit könne eine vorzeitige Leistung nicht befürwortet werden. Eine körperliche Untersuchung des Versicherten sei erforderlich, um das Ausmaß der beschriebenen Hautveränderung und Funktionseinschränkung festzustellen.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 2. Juni 2016 den Widerspruch des Klägers unter Bezug auf das Gutachten des MDK vom 7. März 2016 zurück.

Dagegen hat der Kläger am 5. Juni 2016 Klage vor dem Sozialgericht Frankfurt am Main erhoben.

Der Kläger hat die Auffassung vertreten, eine ambulante Behandlung seiner seit 40 Jahren bestehenden Erkrankung sei nicht zielführend. Darüber hinaus habe die ihn behandelnde Fachärztin im Rahmen ihrer Verordnung die dringend medizinische Notwendigkeit attestiert.

Das Sozialgericht hat nach Anhörung der Beteiligten mit Gerichtsbescheid vom 10. März 2017 die Klage abgewiesen. Die Beklagte habe zu Recht die Gewährung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme (Reha-Maßnahme) abgelehnt. Die Krankenkasse erbringe nach [§ 40 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen (Reha-Leistungen) in Rehabilitationseinrichtungen (Reha-Einrichtungen), wenn eine ambulante Krankenversicherung nicht ausreiche. Reiche die Leistung nach Abs. 1 nicht aus, erbringe die Krankenkasse gem. [§ 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) stationäre Reha mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach [§ 20 Abs. 2a SGB IX](#) zertifizierten Reha-Einrichtung. Somit sei nach diesem gesetzlichen Stufensystem die ambulante Krankenbehandlung gegenüber ambulanten Reha-Maßnahmen vorrangig. Erst wenn eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreiche, seien Leistungen zur medizinischen ambulanten Reha zu gewähren. Erst auf der 3. Stufe, wenn medizinische ambulante Reha-Maßnahmen zum Erreichen der in [§ 11 Abs. 2 SGB V](#) beschriebenen Ziele nicht ausreichten, erbringe die Krankenkasse nach Absatz 2 medizinische stationäre Reha-Leistungen (Waßer, in Schlegel/Voelke, jurisPK-SGB V, 3. Auflage 2016, § 40 Rn. 31). Zudem könnten gem. [§ 40 Abs. 3 Satz 4 SGB V](#) Leistungen nach den Abs. 1 und 2 nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden seien, es sei denn, eine vorzeitige Leistung sei aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Dringend erforderlich sei eine vorzeitige Reha-Maßnahme dann, wenn andernfalls erhebliche gesundheitliche Schäden oder Nachteile zu befürchten seien. Diese Voraussetzungen lägen nach Ansicht der Kammer nicht vor. Die behandelnde Hautärztin Dr. med. B. gebe in ihrer Verordnung vom 5. Februar 2016 an, zur Behandlung kämen u.a. Massagetherapie, Bewegungstherapie, Psychotherapie, Rehabilitations-Sport/Funktionstraining, Patientenschulung, Ernährungsberatung sowie Photo- und Badetherapie in Betracht. Diese habe der Kläger in den letzten 12 Monaten nicht durchgeführt, seien jedoch aussichtsreich. Die behandelnde Ärztin des Klägers gehe somit selbst davon aus, dass aussichtsreiche Therapien ambulant zur Verfügung stünden. Dieses Ergebnis stütze auch das Gutachten des MDK, dem sich die Kammer anschließe. Der MDK führe in seiner Stellungnahme vom 18. Februar 2016 und seinem Gutachten vom 21. März 2016 überzeugend aus, der Kläger habe ambulante Therapiemöglichkeiten bisher nicht genutzt. Nach der durchgeführten dermatologischen Reha-Behandlung im Jahr 2014 empfehle die Rehabilitationsklinik im Entlassungsbericht eine regelmäßige dermatologische Behandlung sowie Sport und Bewegung. Eine vorzeitige Rehabilitationsleistung sei jedoch nicht angeraten worden. Der MDK führe weiter aus, anhand der Unterlagen sei nicht erkennbar, dass die entzündlichen Hautveränderungen und Funktionseinschränkungen trotz regelmäßiger hautärztlicher Behandlung weiterhin so ausgeprägt seien, dass ambulante Behandlungsmaßnahmen nicht mehr ausreichend seien und eine vorzeitige Reha-Leistung dringend erforderlich sei. Dem folgend sei die Kammer der Auffassung, dass eine vorzeitige Reha nicht erforderlich sei.

Gegen den am 14. März 2017 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 27. März 2017 Berufung eingelegt.

Der Kläger legt ergänzend zu seinem bisherigen Vortrag eine Stellungnahme von Frau Dr. med. B. vom 23. März 2017 vor. Danach habe sie unter Punkt V.C bis E des Ordnungsvordrucks die Maßnahmen angekreuzt, die während der Reha-Maßnahme medizinisch sinnvoll seien. Es sei ihr nicht verständlich, wie der Kläger diese Vielzahl an Maßnahmen ambulant zeitlich koordinieren sollte. Weiter trägt der Kläger vor, die Äußerungen des MDK könnten vorliegend nicht verwertet werden, da der MDK Teil der Beklagten sei. Im Übrigen seien diese von der gleichen Person erstellt worden, ohne dass deren fachliche Qualifikation erkennbar sei. Es sei für einen Anspruch auf eine Reha-Maßnahme nicht das Ausschöpfen anderer Behandlungsmaßnahmen erforderlich und die Sinnhaftigkeit einer Massagetherapie, Psychotherapie oder Patientenschulung bei Psoriasis sei nicht nachvollziehbar. Das Gericht habe es versäumt, eigene Ermittlungen anzustellen. Auch habe das Sozialgericht nicht ohne mündliche Verhandlung mit Gerichtsbescheid entscheiden dürfen, es habe ihm das rechtliche Gehör verweigert. Er trage zudem ein hohes Risiko an Hautkrebs zu erkranken, das Erkennen einer solchen Erkrankung sei im Laufe einer Reha-Maßnahme wahrscheinlicher.

Der Kläger beantragt sinngemäß,
Den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 10. März 2017 und den Bescheid vom 15. Februar 2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. Juni 2016 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte vertritt die Auffassung, das Sozialgericht habe mit dem angefochtenen Gerichtsbescheid zutreffend entschieden.

Der Senat hat den Rechtsstreit mit Beschluss vom 28. November 2017 nach [§ 153 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) auf die Berichterstatterin übertragen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten ergänzend Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte über die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 10. März 2017 auf der Grundlage des Beschlusses vom 28. November 2017 gemäß [§ 153 Abs. 5 SGG](#) abweichend von [§ 33 Satz 1 SGG](#) auf die mündliche Verhandlung vom 14. Dezember 2017 in der Besetzung der Berichterstatterin als Vorsitzende und zwei ehrenamtlichen Richtern und in Abwesenheit des Klägers auf der Grundlage der mündlichen Verhandlung vom 14. Dezember 2017 entscheiden. Der Kläger wurde in der Terminsmitteilung vom 18. September 2017 gem. [§ 110 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) darauf hingewiesen, dass der Senat auch in seiner Abwesenheit Beweis erheben, verhandeln und entscheiden kann.

Die gem. [§ 151 Abs. 1 und 2 SGG](#) form- und fristgerecht erhobene Berufung ist zulässig, konnte in der Sache jedoch keinen Erfolg haben.

Der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 10. März 2017 ist nicht zu beanstanden. Gemäß [§ 105 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) kann das Sozialgericht mit Gerichtsbescheid und ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da die Beteiligten insoweit ordnungsgemäß angehört worden sind, der Rechtsstreit keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist und der Sachverhalt vor der Entscheidung keiner weiteren Aufklärung bedurfte. Die mangelnde Zustimmung des Klägers bzw. deren Antrag auf Durchführung einer mündlichen Verhandlung stehen dem nicht entgegen. Soweit der Kläger ausführt, das Sozialgericht habe ihm das rechtliche Gehör verweigert, so kann sich dem der Senat angesichts der eingereichten Schriftsätze und der Anhörung vor Erlass des Gerichtsbescheides nicht anschließen.

Das Sozialgericht hat die Klage gegen den Bescheid der Beklagten vom 15. Februar 2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. Juni 2016 zu Recht abgewiesen.

Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Zur Vermeidung von Wiederholungen nimmt der Senat zunächst auf die zutreffenden Ausführungen des Sozialgerichts in dem angefochtenen Gerichtsbescheid Bezug, verzichtet insoweit auf eine erneute Darlegung der Entscheidungsgründe ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)) und beschränkt sich nachfolgend auf ergänzende Ausführungen.

Soweit der Kläger seinen bisherigen Vortrag, bereits durch die Verordnung von Frau Dr. med. B. vom 5. Februar 2016 sei sein Anspruch auf eine vorzeitige stationäre medizinische Reha-Maßnahme nachgewiesen, mit der Stellungnahme von Frau Dr. med. B. vom 23. März 2017 belegt sehen will, kann der Senat sich dem nicht anschließen. Die Stellungnahme von Frau Dr. med. B. vom 23. März 2017 kann zu keiner anderen Entscheidung führen.

Das Sozialgericht hat in der angefochtenen Entscheidung ausführlich das in [§ 40 SGB V](#) angelegte Stufensystem dargelegt. Danach ist vorrangig die ambulante medizinische Behandlung (1. Stufe); wenn sich herausstellt, dass dies nicht ausreichend ist kommt eine ambulante Reha-Maßnahme (2. Stufe) in Betracht; ist dies nicht ausreichend (3. Stufe), ist dem Versicherten eine stationäre medizinische Reha-Leistung zu gewähren. Frau Dr. med. B. sah nach der Verordnung vom 5. Februar 2016 folgende Behandlungsmöglichkeiten als aussichtsreich an, die auch ambulant erbracht werden können: Massage- und Bewegungstherapie, eine standardisierte Heilmittelkombination, Psychotherapie, Reha-Sport/Funktionstraining, Patientenschulung, Ernährungsberatung und Photo- und Badetherapie. Zugleich teilte die Ärztin in ihrer Verordnung vom 5. Februar 2016 mit, diese Therapien seien in den letzten 12 Monaten nicht durchgeführt worden. Damit kann auch der Senat keine medizinische Notwendigkeit für eine medizinische stationäre Reha-Maßnahme erkennen, zudem nicht für eine vor Ablauf der gesetzlich normierten Wartefrist von vier Jahren. Auch die Reha-Einrichtung befürwortete in ihrem Entlassungsbericht nach dem Aufenthalt vom 2. bis zum 29. Juli 2014 keine vorzeitige Wiederholung der Maßnahme, sondern empfahl eine regelmäßige dermatologische Behandlung sowie Sport und Bewegung.

Allein die von Frau Dr. med. B. in ihrer Stellungnahme vom 23. März 2017 geäußerte Meinung, es sei ihr nicht verständlich, wie der Kläger diese Vielzahl an Maßnahmen ambulant zeitlich koordinieren sollte, ist bereits nach dem dargelegten Stufensystem des [§ 40 SGB V](#) für die Begründung einer Leistungspflicht der Krankenkasse einer stationären Reha-Maßnahme nicht ausreichend.

So bestehen keine Bedenken, auch das von der Beklagten in Auftrag gegebene Gutachten des MDK bzw. seine Stellungnahme der gerichtlichen Entscheidungsfindung zugrunde zu legen. Der MDK ist – entgegen der Auffassung des Klägers – nicht in die Verwaltungsorganisation der Pflegekassen eingebunden, sondern institutionell von diesen getrennt. Es handelt sich auf Länderebene jeweils um eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts ([§ 278 Abs. 1 SGB V](#)). Um auch den Anschein eines Weisungsverhältnisses zwischen Kranken- oder Pflegekassen und den Ärzten des MDK auszuschließen, stellt [§ 275 Abs. 5 SGB V](#) ausdrücklich klar, dass die Ärzte des MDK bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen sind. Die Zusammensetzung des MDK im Hinblick auf die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit ist in [§ 18 Abs. 6 SGB XI](#) im Einzelnen geregelt (Bundessozialgericht – BSG –, Urteil vom 14. Dezember 2000 – [B 3 P 5/00 R](#) –, [SozR 3-3300 § 15 Nr. 11](#), [SozR 3-3300 § 18 Nr. 1](#), Rn. 12).

Der Senat folgt dem Gutachten des MDK vom 17. März 2016 sowie seiner aktenmäßigen Stellungnahme vom 18. Februar 2016. Insbesondere das Gutachten ist hinreichend begründet. Die pauschal vom Kläger geäußerten Zweifel an der Qualifikation des Arztes des MDK sind nicht geeignet, das Gutachten bzw. die Qualifikation des Arztes in Zweifel zu ziehen, zumal beides durch einen Arzt des Teams Arbeitsunfähigkeit und Rehabilitation des MDK Hessen erstellt wurde.

Der Kläger kann den geltend gemachten Anspruch auch nicht damit begründen, er trage ein hohes Risiko an Hautkrebs zu erkranken und das Erkennen einer solchen Erkrankung sei im Laufe einer Reha-Maßnahme wahrscheinlicher. Denn der Anspruch des Versicherten auf Leistungen der Früherkennung von Krebserkrankungen nach [§ 25 Abs. 2 SGB V](#) stellt eine ambulante Untersuchung dar, deren Voraussetzungen nach Abs. 3 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss mit Erlass der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL, in der Fassung vom 18. Juni 2009, zuletzt geändert am 20. Juli 2017, Bundesanzeiger AT 07.11.2017 B3) gem. [§ 25 Abs. 5](#), [§ 92 SGB V](#) festgelegt werden. Danach können zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in bestimmten Abständen (§ 29 KFE-RL) Früherkennungsuntersuchungen auf Hautkrebs von entsprechend zugelassenen Vertragsärzten (§ 31 KFE-RL) durchgeführt werden. Gem. § 30 KFE-RL gehört zu dieser Untersuchung (1.) die gezielte Anamnese, (2.) die visuelle, gemäß § 32 zertifiziertem Fortbildungsprogramm standardisierte Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines, (3.) die

Befundmitteilung mit diesbezüglicher Beratung und (4.) die Dokumentation. Dies zeigt, dass diese Leistung von den gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich als ambulante Leistung erbracht wird. Der Senat verkennt nicht, dass es u.a. angebracht sein kann, eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs im Rahmen einer im Übrigen medizinisch notwendigen stationären Reha-Maßnahme durchzuführen, soweit die Ärzte der Reha-Klinik eine entsprechende Zulassung haben. Da jedoch im vorliegenden Fall keine medizinische Notwendigkeit für die vorliegend streitige vorzeitige medizinische stationäre Reha-Maßnahme angenommen werden kann, kann jedoch der Vortrag des Klägers, er trage ein hohes Risiko an Hautkrebs zu erkranken, die Notwendigkeit einer medizinischen stationären Reha-Maßnahme nicht begründen. Dem steht bereits das Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 2 Abs. 1 Satz 1](#), [§ 12 SGB V](#) entgegen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt der Entscheidung zur Hauptsache.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2018-05-07