

L 4 KR 1314/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 9 KR 1379/06
Datum
07.02.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 1314/07
Datum
01.08.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 07. Februar 2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt eine stationäre Rehabilitationsleistung.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt eine stationäre Rehabilitationsleistung.

Die am 1925 geborene Klägerin war bis Juni 1958 berufstätig, anschließend Hausfrau. Seit 01. August 1990 ist sie als Bezieherin von Altersrente bei der Beklagten krankenversichert.

Mit Formular vom 05. September 2005 beantragte die Klägerin eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme. Sie verwies auf ihre inneren Erkrankungen (arterieller Bluthochdruck, diabetische Neuropathie, insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ II, Hypercholesterinämie) sowie Verschleißerscheinungen auf orthopädischem Gebiet (Halswirbelsäule, chronische Polyarthrosen, Kniegelenksarthrosen beiderseits, ständige Schmerzen). Facharzt für Innere Medizin H. unterstützte den Antrag mit Verordnung vom 12. September 2005. Er erwarte eine bessere Blutdruckeinstellung, Besserung der Beschwerden der Wirbelsäule, der Gehstrecke sowie der Gesamtsituation. Facharzt für Orthopädie S. bestätigte die Leiden auf seinem Fachgebiet und riet ebenfalls eine stationäre Kurbehandlung an (Arztbrief vom 25. Juli 2005). Die Klägerin nannte als Wunsch die für ihr Krankheitsbild geeignete Klinik H.I in B. M ... Ärztin Dr. He. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) nahm unter dem 15. September 2005 Stellung, die Hauptdiagnosen seien medikamentös behandelbar, es reiche ambulante Behandlung (Heilmittelbehandlung, ggfs. Rehasport) am Wohnort aus. Gestützt auf diese Begründung lehnte die Beklagte durch Bescheid vom 19. September 2005 den Antrag ab. Die Klägerin erhob Widerspruch. Die alle vier Jahre erforderliche neue Einstellung des Diabetes könne in einer Fachklinik besser erprobt und überwacht werden als in Krankenhäusern. Die genannte Klinik verfüge zudem über eine Orthopädie-Abteilung. Schließlich sei eine fachklinische Überwachung des Gefäßleidens zu empfehlen. Die Widerspruchsstelle der Beklagten erließ ohne neue Ermittlungen den zurückweisenden Widerspruchsbescheid vom 17. März 2006.

Mit der am 10. April 2006 zum Sozialgericht Heilbronn (SG) erhobenen Klage trug die Klägerin vor, ihr Hausarzt halte die begehrte Maßnahme dringend für erforderlich. Inzwischen sei ihr Bewegungsradius auf 100 bis 200 m geschrumpft. Es habe eine erste Operation am linken Knie stattgefunden, die sich hätte vermeiden lassen, wenn Anfang 2005 ihrem Antrag sofort zugestimmt worden wäre.

Die Beklagte trat unter Bezugnahme auf die Gründe des Bescheids und Widerspruchsbescheids der Klage entgegen. Dass eine Neueinstellung des Diabetes notwendig sei und weshalb diese gegebenenfalls nicht am Wohnort durch eine Schwerpunktpraxis erfolgen könne, sei nicht dargelegt worden. Bei eingeschränkter Beweglichkeit seien Heilmittelverordnungen auch im Rahmen von Hausbesuchen möglich.

Internist Dr. S. erstattete aufgrund ambulanter Untersuchung vom 03. August 2006 das Gutachten vom 15. September 2006. Es bestünden ein befriedigend eingestellter insulinpflichtiger Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Niereninsuffizienz mit Anämie, arterielle Verschlusskrankheit beider Beine, chronisch venöse Insuffizienz beider Beine, erhöhte Werte für Harnsäure und Triglyzeride (metabolisches Syndrom) sowie behandelte Hypercholesterinämie. Ein mehrdimensionaler und interdisziplinärer Behandlungsansatz für die Erkrankungen sei nicht erforderlich, ambulante Maßnahmen seien ausreichend. Der - nicht schlecht eingestellte - Diabetes könne in einer entsprechenden Schwerpunktpraxis oder Spezialambulanz mitbehandelt werden. Die arterielle Verschlusskrankheit als Folge der Risikofaktoren spiele klinisch keine wesentliche Rolle; gleiches gelte für das Krampfaderleiden. Eine Verbesserung des Gesundheitszustands sei durch stationäre

Rehabilitationsmaßnahmen nicht zu erwarten. Berücksichtigt waren Berichte des Klinikums am P. B. F. vom April 2006 (periphere arterielle Verschlusskrankheit in erster Linie vom Unterschenkeltyp), des Klinikums am Gesundbrunnen Heilbronn vom 22. März 2006 (stationäre Behandlung der Kniegelenksarthrose vom 22. bis 23. März 2006) sowie des Radiologen Dr. W. vom 22. Februar 2006 (Diagnose der Kniegelenksarthrose).

Die Klägerin wandte erneut ein, sie tue sich schwer, zu ambulanten Behandlungen hinzukommen. Inzwischen sei ein Grad der Behinderung von 100 festgestellt (Bescheid des Landratsamts Versorgungsamts - H. vom 26. Oktober 2006) mit den Merkzeichen G und B. Wenn auch keine Verbesserung des Zustandes zu erwarten sein möge, würde die begehrte Maßnahme die Erhaltung des gegenwärtigen Zustands fördern. Die Klägerin legte noch den Arztbrief der Diabetesambulanz des Klinikums am G. H. vom 24. Januar 2007 über eine ambulante Behandlung am selben Tag vor.

Durch Gerichtsbescheid vom 07. Februar 2007 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung legte es dar, gemäß dem schlüssigen Gutachten des Internisten Dr. S. seien ambulante Behandlungen ausreichend. Auf die Entscheidungsgründe wird im Übrigen Bezug genommen.

Gegen den am 12. Februar 2007 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 12. März 2007 beim Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt. Sie trägt vor, eine Maßnahme müsse gewährt werden, damit jedenfalls eine Verschlimmerung der Krankheiten verhindert werde. Die akut erforderlich gewordene stationäre Behandlung eines diabetischen Fußsyndroms vom 29. Januar bis 15. Februar 2007 im Klinikum am G. (Arztbrief vom letzten Tag) hätte durch rechtzeitige Maßnahmen verhindert werden können. Eine stationäre Behandlung auf orthopädischem Gebiet könne sie vor dem Rollstuhl bewahren. Der MDK und der gerichtliche Sachverständige hätte nicht sorgfältig im Sinne einer neutralen Begutachtung gehandelt.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 07. Februar 2007 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 19. September 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17. März 2006 zu verurteilen, ihr eine stationäre Rehabilitationsleistung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie wendet ein, weder nach dem Gutachten Dr. S. noch nach dem neuen Bericht über die Behandlung vom 29. Januar bis 15. Februar 2007 ergebe sich die Notwendigkeit einer stationären Maßnahme. Die Klägerin sei nicht gehindert, ambulante Maßnahmen ausreichend in Anspruch zu nehmen.

Zur weiteren Darstellung wird auf den Inhalt der Berufungsakten, der Klageakten und der von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Richter am LSG Birn ist nicht nach [§ 41 Nr. 6](#) der Zivilprozessordnung (ZPO), der nach [§ 60 Abs. 1 Satz 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) für das sozialgerichtliche Verfahren entsprechend Anwendung findet, von der Mitwirkung an der Entscheidung kraft Gesetzes ausgeschlossen. Ein Richter ist nach [§ 41 Nr. 6 ZPO](#) von der Ausübung des Richteramtes kraft Gesetzes ausgeschlossen in Sachen, in denen er in einem früheren Rechtszug oder im schiedsrichterlichen Verfahren bei dem Erlass der angefochtenen Entscheidung mitgewirkt hat, sofern es sich nicht um die Tätigkeit eines beauftragten oder ersuchten Richters handelt. Richter am LSG Birn war zwar zunächst Vorsitzender der Kammer, die nach dem Geschäftsverteilungsplan des SG zuständig war, weshalb er den Rechtsstreit zunächst bearbeitete. Er hat aber an dem Erlass des von der Klägerin mit der Berufung angefochtenen Gerichtsbescheids vom 07. Februar 2007 nicht mitgewirkt, weil er im Jahre 2006 an das LSG versetzt worden war.

2. Die Berufung der Klägerin ist zulässig. Es ist davon auszugehen, dass die Kosten, der von der Klägerin begehrten mehrwöchigen stationären Rehabilitationsmaßnahme, mehr als EUR 500,00 betragen und damit den Beschwerdewert von EUR 500,00 (vgl. [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#)) deutlich übersteigen. In der Sache ist die Berufung nicht begründet. Das SG hat zutreffend entschieden, dass die Beklagte in den angefochtenen Bescheiden die Gewährung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme aus Rechtsgründen ablehnen durfte. Da die Klägerin kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage erhoben hat, ist maßgeblich die Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt der Entscheidung des Senats.

Gemäß [§ 11 Abs. 1](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) haben Versicherte im Rahmen der darauffolgenden Vorschriften Anspruch auf Leistungen u.a. (Nr. 2) zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung und (Nr. 4) zur Behandlung einer Krankheit. Nach [§ 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) zählen hierzu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Gemäß [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Hierzu zählen (Satz 2 Nr. 6) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen. Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, durch wohnortnahe Einrichtungen ([§ 40 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in der seit 01. April 2007 geltenden Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes - GKV-WSG - vom 26. März 2007, [BGBl. I S. 378](#)). Reicht die Leistung nach Abs. 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach [§ 20 Abs. 2a](#) des Neunten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht ([§ 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung ohne Versorgungsvertrag, so hat er die dadurch entstandenen Mehrkosten zu

tragen (vgl. Satz 2). Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen (Abs. 3 Satz 1). Mit der seit 01. April 2007 geltenden Neufassung ist gegenüber der bis 31. März 2007 geltenden Fassung des [§ 40 Abs. 1](#) und 2 SGB V insbesondere insoweit eine Änderung eingetreten, als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht mehr im Ermessen der Krankenkasse stehen, sondern - bei Vorliegen der rechtlichen Voraussetzungen - Pflichtleistungen sind.

Der Senat ist ebenso wie das SG aufgrund des Gesamtergebnisses des Verfahrens davon überzeugt, dass eine ambulante Behandlung der Erkrankungen der Klägerin ausreichend ist. Der vom SG beauftragte Sachverständige Internist Dr. S. hat im Gutachten vom 15. September 2006 die Auffassung der Ärztin Dr. He. vom MDK in deren Stellungnahme vom 15. September 2005 nachvollziehbar bestätigt. Auf internistischem Gebiet leidet die Klägerin unter einem - befriedigend eingestellten - Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Niereninsuffizienz mit Anämie, arterieller Verschlusskrankheit beider Beine, chronisch venöser Insuffizienz beider Beine, erhöhten Werten für Harnsäure und Triglyzeride (Vollbild des metabolischen Syndroms) sowie Hypercholesterinämie. Nach den Bekundungen des Sachverständigen ist ein mehrdimensionaler und interdisziplinärer Behandlungsansatz für diese Erkrankungen nicht erforderlich, ambulante Maßnahmen sind ausreichend. Indem der Sachverständige ausführt, eine Besserung des Gesundheitszustands sei durch stationäre Maßnahmen nicht zu erwarten, schließt dies die von der Klägerin betonte Vermeidung einer vorzeitigen Verschlimmerung zwanglos mit ein. Soweit die Klägerin auf ihre Verschleißerscheinungen auf orthopädischem Gebiet verweist wie Halswirbelsäule, chronische Polyarthrosen, Kniegelenksarthrosen beiderseits mit Schmerzen, ist ebenfalls nicht ersichtlich, welchen Effekt ein stationärer Aufenthalt gegenüber einer engmaschigen ambulanten Behandlung haben würde. Dass die Klägerin aufgrund der Gehbehinderung nur mühsam zu ambulanten Behandlungen gelangen kann, muss durch Inanspruchnahme geeigneter Fahrdienste ausgeglichen werden. Auch nach Durchführung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, die regelmäßig drei Wochen umfasst (vgl. [§ 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#)), müssten die notwendigen ambulanten Behandlungen weiterhin erfolgen. Diese können durch eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht ersetzt werden.

Dass aufgrund eines diabetischen Fußsyndroms die Behandlung in der Klinik am G. H. vom 29. Januar bis 15. Februar 2007 notwendig geworden ist, veranlasst ebenfalls nicht zu einer anderen Sichtweise. Dass gerade ein solches Risiko durch eine kurzfristige stationäre Rehabilitationsleistung vermieden oder dessen Eintritt hinausgeschoben werden könne, ist eine bloße Vermutung. Wegen ihrer Erkrankungen, insbesondere des Diabetes, befand und befindet sich die Klägerin in entsprechender ärztlicher, auch fachärztlicher, Behandlung, insbesondere in der diabetologischen Spezialambulanz an ihrem Wohnort. Der Senat geht davon aus, dass insoweit die erforderlichen Behandlungen erfolgen. Ebenso wenig ist erkennbar, dass eine einmalige stationäre Maßnahme bewirken würde, dass der Verlauf der Erkrankungen so beeinflusst werden kann, dass die Klägerin in Zukunft nicht auf die Benutzung eines Rollstuhls angewiesen sein wird. Die Vorsorge vor derartigen Risiken kann ebenfalls ausreichend im Wege der regelmäßigen ambulanten Behandlung gesucht werden. Wenn der Klägerin schon ambulante Behandlungsmaßnahmen wie beispielsweise Krankengymnastik zu anstrengend sind, ist nicht erkennbar, wie solche Behandlungen innerhalb einer stationären Rehabilitationsmaßnahme sinnvoll durchgeführt werden sollen. Der von der Klägerin einmal besuchte Facharzt für Orthopädie S. (vgl. Arztbrief vom 25. Juli 2005) hat - offenbar auf Wunsch - eine stationäre Kurbehandlung nur "anraten" wollen. Die Krankenkasse schuldet Leistungen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts (vgl. [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)), nicht jedoch eine Optimalversorgung, die nicht vom Begriff des Notwendigen gedeckt ist.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Anlass zur Zulassung der Revision bestand nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-08-07