

S 11 KR 42/13

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Fulda (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Fulda (HES)
Aktenzeichen
S 11 KR 42/13
Datum
19.01.2017
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 218/17
Datum
15.12.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 8/18 B
Datum
14.02.2018
Kategorie
Urteil
1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Versorgung mit Heilmitteln aufgrund langfristigen Behandlungsbedarfs. Die 1958 geborene Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert.

Unter dem 22.09.2011 verordnete der behandelnde Orthopäde Dr. B. Krankengymnastik außerhalb des Regelfalles wegen "Chron. Rez. HWS-Syndrom, chron. rez. LWS-Syndrom, rez. Lumboschmerz links, BSVF L4/5 mit segmentaler Bewegungsstörung". Die Verordnung sah fünf Einheiten vor und sollte zweimal pro Woche durchgeführt werden. Eine weitere Verordnung außerhalb des Regelfalles des behandelnden Orthopäden Dr. C. datierte vom 17.10.2011, eingegangen am 18.10.2011. Die Verordnungsmenge betrug sechs Einheiten Krankengymnastik für die Wirbelsäule; als Frequenz war ein- bis dreimal pro Woche angegeben. Auf den weiteren Inhalt der Verordnung wird Bezug genommen.

Mit Bescheid vom 18.10.2011 lehnte die Beklagte die Übernahme der Kosten für die Verordnung vom 17.10.2011 ab. Sie begründete ihre Entscheidung damit, dass der Vermerk "vorbehaltlich der Zustimmung durch die Krankenkasse und Vorliegen eines schriftlichen Kostenvoranschlages" rechtlich nicht zulässig und die Verordnung daher ungültig sei. Daraufhin legte die Klägerin am 21.10.2011 eine weitere Verordnung außerhalb des Regelfalles vom gleichen Tag über fünf Einheiten Krankengymnastik des Dr. B. vor.

Unter dem 27.06.2012 beantragte die Klägerin erneut die Genehmigung von Krankengymnastik außerhalb des Regelfalles. Dem Antrag war eine Bescheinigung des Allgemeinmediziners Dr. D. zur Langfristverordnung beigelegt. In der Bescheinigung war angegeben, dass sich die Notwendigkeit der Behandlung außerhalb des Regelfalles als Langfristverordnung aus einer störungsbildabhängigen und weiterführenden Diagnostik des Krankheitsbildes ergeben habe. Er bestätigte, dass das Krankheitsbild eine kontinuierliche Behandlung von mindestens einem Jahr erfordere (Bl. 18 der Verwaltungsakte). Beigelegt war zudem ein Bericht des Physiotherapeuten E. vom 10.05.2012. Er gab zum Stand der Therapie an:

"leichte Lockerung d. Nacken- und Rückenmuskulatur, Dehnung d. Beinmuskulatur und soweit möglich Kräftigungs- und Stabilisationsübng./Traktion d. HWS u. LWS"

Er teilte zudem mit, dass die Klägerin weiterhin sehr schmerzempfindlich sei und die Therapie noch keine langanhaltende Verbesserung bringe. Die Verordnungen sollten daher fortgesetzt werden, um den Behandlungsansatz weiterzuführen (Bl. 16 der Verwaltungsakte).

Am 03.07.2012 nahm der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) nach Aktenlage Stellung. Die Beurteilung des MDK bezog sich ausschließlich auf eine Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalles. In der formularmäßigen Stellungnahme war angegeben, dass eigenverantwortliche Maßnahmen ausreichen würden (Bl. 28 der Verwaltungsakte).

Mit Bescheid vom 03.07.2012 lehnte die Beklagte den Antrag auf Kostenübernahme der Physiotherapie ab (Bl. 29 der Verwaltungsakte). In der Begründung der Entscheidung hieß es: "Nach der Stellungnahme des Medizinischen Dienstes ist bei der vorhandenen Indikation die Verordnungsmenge entsprechend des Heilmittelkataloges angemessen und ausreichend, und es ist davon auszugehen, dass das

angestrebte Behandlungsziel durch eigenverantwortliche Maßnahmen erreicht werden kann (z. B. Eigenübungsprogramm)."

Mit Schriftsatz vom 30.07.2012 legte die Klägerin Widerspruch gegen die Ablehnung ein und bezog sich zur Begründung auf verschiedene, dem Widerspruchsschreiben beigefügte ärztliche Unterlagen.

Die Beklagte erbat daraufhin eine weitere Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), der den Gutachtenauftrag bei der sozialmedizinischen Beurteilung am 17.09.2012 folgendermaßen formulierte:

"Hier: KG 2x pro Woche, verordnet wegen Wirbelsäulenerkrankung mit prognostisch länger dauerndem Behandlungsbedarf, Schmerzen durch Fehl- oder Überlastung diskoligamentärer Strukturen im Bereich LWS/HWS. Zur Funktionsverbesserung/Verringerung von Fehl- und Überbelastung, Vermeidung einer Verschlechterung"

In der Stellungnahme gab der MDK an, dass zwar Erkrankungen und Schädigungen vorliegen würden, die längerfristig zu Beschwerden führen könnten. Die dafür notwendige physikalische Therapie läge aber vor allem darin, eine muskuläre Ausgangssituation zu schaffen, damit Beschwerden längerfristig gelindert würden. Dazu trage ein muskuläres Aufbautraining bei, welches nach therapeutischer Anleitung durch die Patientin selbst durchgeführt werden könne. Auch könnten bei auftretenden Beschwerden und Verspannungen von der Patientin eigenverantwortliche Maßnahmen wie Wärmeanwendungen erlernt werden, die sie eigenverantwortlich erbringen könne. Es sei Aufgabe des Therapeuten, die Klägerin in entsprechende eigenverantwortliche Maßnahmen einzuweisen. Eine Therapie im Regelfall würde der Klägerin nicht vorenthalten.

Mit Bescheid vom 19.12.2012 erteilte die Beklagte "wegen Ablehnung der Kostenübernahme der Heilmittelverordnung vom 26.06.2012 außerhalb des Regelfalles über 6 x Krankengymnastik und einer Langfristverordnung" einen Widerspruchsbescheid. Auf den Inhalt des Widerspruchsbescheides wird Bezug genommen.

Unter dem 28.01.2013 erhob die Klägerin gegen den Widerspruchsbescheid Klage "wegen der Ablehnung der ärztlich verordneten, notwendigen Langfristverordnung über Krankengymnastik".

Die Beklagte beantragt schriftlich, die Klage abzuweisen.

Das Gericht hat im Rahmen der Ermittlungen ärztliche Unterlagen des Orthopäden Dr. B. zu dem Verfahren beigezogen sowie ein Sachverständigengutachten nach körperlicher Untersuchung der Klägerin eingeholt, die am 10.01.2014 erfolgt ist. Auf die Feststellungen des Sachverständigen Dr. F. wird Bezug genommen (Bl. 52 ff. der Gerichtsakte), ebenso auf die ergänzende Stellungnahme des MDK vom 19.02.2014 (Bl. 100 ff. der Gerichtsakte) und die des Dr. F. vom 01.03.2014 (Bl. 110 ff. der Gerichtsakte) sowie den gesamten weiteren Inhalt der Verwaltungs- und Gerichtsakte.

Entscheidungsgründe:

Eine Entscheidung in der Hauptsache ohne Anwesenheit der Beteiligten aufgrund mündlicher Verhandlung am 19.01.2017 ist möglich gewesen. [§ 126 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) ermöglicht es dem Gericht, sofern in der Ladung auf diese Möglichkeit hingewiesen worden ist, nach Lage der Akten zu entscheiden, wenn in einem Termin keiner der Beteiligten erscheint oder beim Ausbleiben von Beteiligten die erschienenen Beteiligten es beantragen. Das Gericht kann, obgleich die Voraussetzungen des [§ 126 SGG](#) vorliegen, stattdessen aber auch eine mündliche Verhandlung durchführen und aufgrund dieser ein Urteil verkünden (Meyer-Ladewig-Keller, SGG, 11. Auflage 2014, § 126, Rn. 4). Von dieser Möglichkeit hat das Gericht im vorliegenden Verfahren Gebrauch gemacht, nachdem auch die Klägerin erst am Verhandlungstag fernmündlich mitgeteilt hatte, aus Krankheitsgründen nicht erscheinen zu können.

Das Gericht legt den Antrag der Klägerin dahingehend aus, dass sie eine Heilmittelversorgung in Form von Krankengymnastik aufgrund langfristigen Behandlungsbedarfs begehrt und sich zugleich gegen die ablehnende Entscheidung der Beklagten vom 03.07.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.12.2012 wehrt. Es handelt sich mithin um eine kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage im Sinne des [§ 54 Abs. 4 SGG](#).

Die Klage ist zulässig. Das erforderliche Vorverfahren ist (auch) bezüglich der begehrten Langfristversorgung mit Krankengymnastik gemäß [§ 78 Abs. 1 SGG](#) durchgeführt worden. Im Ausgangsbescheid vom 03.07.2012 nimmt die Beklagte zwar lediglich auf die Verordnung außerhalb des Regelfalles vom 26.06.2012 Bezug. Allerdings erstreckt sich die ablehnende Entscheidung im Sinne eines "Erst recht-Schlusses" auch auf die Versorgung im Wege einer Langfristverordnung. Dass sich die sozialmedizinische Stellungnahme des MDK nur auf den "prognostisch länger dauernden Behandlungsbedarf" bezieht, steht dieser Auslegung nicht entgegen.

Das erforderliche Rechtsschutzbedürfnis liegt vor. Eine Erledigung der begehrten Genehmigung durch Zeitablauf ist – anders als bei Regelverordnungen oder einzelnen Verordnungen außerhalb des Regelfalles ohne behandlungsfreie Intervalle – nicht eingetreten.

Die Klage ist allerdings unbegründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Versorgung mit dem begehrten Heilmittel wegen langfristigen Behandlungsbedarfs. Da sich die Klägerin die Leistung bislang nicht selbst beschafft hat, ist die Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung maßgebend (vgl. Meyer-Ladewig-Keller, a.a.O., § 54, Rn. 34).

Gemäß [§ 32 Abs. 1a S. 1 Sozialgesetzbuch \(SGB\) V](#) in der Fassung vom 16.07.2015 regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach [§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6](#) das Nähere zur Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Behandlungsbedarf. Nach [§ 32 Abs. 1a S. 2 SGB V](#) hat er insbesondere zu bestimmen, wann ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt, und festzulegen, ob und inwieweit ein Genehmigungsverfahren durchzuführen ist.

Gemäß [§ 8a Abs. 1](#) der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL) in der Fassung vom 20. Januar 2011/19. Mai 2011, zuletzt geändert am 19. Mai 2016, liegt

langfristiger Heilmittelbedarf nach dem SGB V vor, wenn sich aus der ärztlichen Begründung die Schwere und Langfristigkeit der funktionellen/strukturellen Schädigungen der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der nachvollziehbare Therapiebedarf eines Versicherten ergeben.

Vom Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfs im Sinne von [§ 32 Abs. 1a SGB V](#) ist entweder dann auszugehen, wenn eine in der Anlage 2 der HeilM-RL gelistete Diagnose in Verbindung mit der jeweils aufgeführten Diagnosegruppe des Heilmittelkatalogs vorliegt (1.), oder bei schweren dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigungen, die mit denen der Anlage 2 vergleichbar sind (§ 8a Abs. 2 S. 1, Abs. 3 HeilM-RL) (2.). Daneben kann sich eine Schwere und Langfristigkeit im Sinne von Abs. 3 auch aus der Summe mehrerer einzelner funktioneller/struktureller Schädigungen und Beeinträchtigungen der individuellen Aktivitäten ergeben, die für sich allein die Kriterien nicht erfüllen, sich aus deren Gesamtbetrachtung jedoch ein Therapiebedarf ergibt, der hinsichtlich Dauer und Umfang auch bei Diagnosen der Anlage 2 zu erwarten sind (§ 8a Abs. 5 S. 3 HeilM-RL) (3.).

1. Nach den durchgeführten Ermittlungen sind die Voraussetzungen für einen langfristigen Heilmittelbedarf im vorliegenden Verfahren nicht erfüllt. Die Erkrankungen der Klägerin sind erkennbar nicht der Anlage 2 zur HeilM-RL zuzuordnen. In Bezug auf Erkrankungen der Wirbelsäule und am Skelettsystem ist danach ein dauerhafter Heilmittelbedarf ausschließlich bei folgenden Krankheiten indiziert, die hier von vornherein nicht vorliegen:

- Idiopathische Skoliose beim Kind und beim Jugendlichen
- Reduktionsdefekte der oberen Extremität (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen)
- Reduktionsdefekte der unteren Extremität (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen)
- Reduktionsdefekte nicht näher bezeichneter Extremitäten (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen)

Das primär orthopädisch geprägte Krankheitsbild der Klägerin lässt sich darüber hinaus weder den Erkrankungen des Nervensystems noch den entzündlichen Polyarthropathien, der Systemkrankheit des Bindegewebes oder der Spondylopathien zuordnen.

2. Trotz der erheblichen Schmerzen, an der die Klägerin aufgrund ihrer Erkrankungen offenkundig leidet, bedingen sie keine schweren dauerhaften funktionellen oder strukturellen Schädigungen im Sinne der HeilM-RL. Den Feststellungen des Sachverständigen Dr. F. zu Folge leidet die Klägerin an einem Wurzelreizsyndrom bei Bandscheibenvorfall L 4/5 und entsprechender pseudoradikulärer Symptomatik, einem funktionellen Zervikalsyndrom bei bandscheibenbedingten Veränderungen mit pseudoradikulärer Symptomatik einer schmerzhaften Funktionsstörung im rechten Sprunggelenk bei posttraumatischer Sprunggelenksarthrose sowie einer erheblichen Funktionsstörung im linken Daumensattelgelenk und mehreren Fingerendgelenken bei fortgeschrittener Sattelgelenksarthrose und initialer Heberdenarthrose (S. 10 f. des Gutachtens, Bl. 61 f. der Gerichtsakte). Die Feststellungen des Sachverständigen sind in Bezug auf die diagnostizierten Erkrankungen insgesamt durchweg glaubhaft. Sie beruhen auf einer eingehenden körperlichen Untersuchung unter Berücksichtigung der Anamnese sowie eigener Röntgenaufnahmen und apparativ-diagnostischer Maßnahmen. Zudem sind die aktenkundigen ärztlichen Unterlagen und Befundberichte der behandelnden Ärzte bei der Beurteilung mit einbezogen worden.

Die von Dr. F. festgestellten Erkrankungen rechtfertigen keine langfristige beziehungsweise dauerhafte Heilmittelversorgung. Ob die Erkrankungen mit den in der Anlage 2 gelisteten Diagnosen überhaupt vergleichbar sind, kann letztendlich dahingestellt bleiben. Es ist jedenfalls keine langfristige Versorgung erforderlich. Selbst Dr. F., der eine über die Regelfallversorgung hinaus gehende Heilmittelbehandlung ausdrücklich befürwortet, hat den Heilmittelbedarf im vorliegenden Verfahren zum Zeitpunkt der Untersuchung auf sechs Monate beschränkt (S. 12 des Gutachtens, Bl. 63 der Gerichtsakte). Gemäß § 8a Abs. 5 S. 4 HeilM-RL ist aber von einer Dauerhaftigkeit oder Langfristigkeit nur dann auszugehen, wenn ein Therapiebedarf mit Heilmitteln von mindestens einem Jahr medizinisch notwendig ist. Dass Grundlage der Prognose des Sachverständigen nicht die begehrte Langzeitversorgung gewesen ist, sondern entsprechend der Beweisanordnung eine einzelne Verordnung außerhalb des Regelfalls, ist für die Gesamtbeurteilung unbeachtlich. Weitere Ermittlungen von Amts wegen sind deswegen nicht angezeigt gewesen. Der MDK selbst hat in seiner sozialmedizinischen Stellungnahme vom 19.02.2014 sogar lediglich eine Regelfallbehandlung für erforderlich gehalten und hierzu auf die Indikationsgruppe WS 2 verwiesen (Bl. 104 der Gerichtsakte). Eine andere Beurteilung ergibt sich schließlich auch nicht aus der Bescheinigung des Dr. D. vom 28.06.2012 (Bl. 18 der Verwaltungsakte). Seine Begründung, dass sich die Notwendigkeit der Behandlung außerhalb des Regelfalles als Langfristverordnung "aus einer störungsbildabhängigen und weiterführenden Diagnostik des Krankheitsbildes" ergeben habe, ist vage und unsubstantiiert. Sie gibt keinen Aufschluss über die Vergleichbarkeit der Erkrankungen mit den in der Anlage 2 gelisteten Diagnosen.

3. Ein langfristiger Versorgungsanspruch besteht schließlich auch nicht bei gesamtschauender Betrachtungsweise. Der Sachverständige Dr. F. hat in seiner ergänzenden Stellungnahme zur sozialmedizinischen Beurteilung des MDK letztendlich deutlich gemacht, dass der Behandlungsbedarf ganzheitlich nach eingehender körperlicher Untersuchung der Klägerin zu bestimmen ist: "Eine derartig differenzierte Vorstellung zur Therapie eines Krankheitsbildes ohne Kenntnis der Klägerin selbst halte ich für wirklichkeitsfremd und widerspricht jeder praktischen Erfahrung im diagnostisch-therapeutischen Bereich" (S. 3 der ergänzenden Stellungnahme vom 01.03.2014, Bl. 112 der Gerichtsakte).

Anhaltspunkte dafür, dass sich das Krankheitsbild seit der Begutachtung im Jahr 2014 wesentlich verändert hat und die Schädigungen mittlerweile eine langfristige Versorgung mit Heilmitteln erfordern, sind nach Aktenlage weder ersichtlich noch vorgetragen. Die Klägerin hat im September 2014 lediglich noch einmal mitgeteilt, dass sich der Gesundheitszustand auch nicht gebessert habe (Bl. 122 der Gerichtsakte). Eine erneute Begutachtung ist daher nicht angezeigt gewesen.

Die Klage ist nach alledem abzuweisen. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 S. 1 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2018-05-07