

L 1 KR 17/12

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 6 KR 187/11
Datum
19.01.2012
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 1 KR 17/12
Datum
21.03.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil

1. Die Berufung wird zurückgewiesen. 2. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten. 3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Gewährung einer stationären Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation.

Die 1945 geborene Klägerin, bei der ein Grad der Behinderung von 60 und das Merkzeichen G anerkannt sind, bezieht seit dem 1. März 2006 eine Altersrente. Sie ist bei der Beklagten krankenversichert. Zu deren Lasten erhielt sie erstmalig im September/Oktober 2006 eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation in der Rheumaklinik Bad Wildungen, nachdem sie zuvor bereits mehrere stationäre Rehabilitationsmaßnahmen zu Lasten des Rentenversicherungsträgers erhalten hatte, zuletzt im Oktober/November 2004 im Reha-Zentrum B., Klinik W ...

Die Klägerin beantragte am 7. September 2010 bei der Beklagten unter Vorlage einer ärztlichen Verordnung erneut die Gewährung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme. Sie sei besonders belastet durch häufige starke Kopfschmerzen, Schwindel und Schulterschmerzen. Die Beklagte veranlasste eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung N. (MDK N.) nach Aktenlage. Dieser hielt in seiner Stellungnahme vom 15. September 2010 eine mehrdimensionale interdisziplinäre Behandlung für nicht erforderlich. Daraufhin lehnte die Beklagte den Antrag der Klägerin mit Bescheid vom 16. September 2010 ab. Den hiergegen eingelegten Widerspruch, den die Klägerin auch auf Nachfrage nicht begründete, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 20. Januar 2011 zurück.

Am 22. Februar 2011 hat die Klägerin Klage vor dem Sozialgericht Hamburg erhoben und ihr Begehrt weiter verfolgt. Das Sozialgericht hat die Verwaltungsakte der Beklagten sowie den Entlassungsbericht der Klinik W. vom 3. November 2004 beigezogen und ermittelt, dass die übrigen Entlassungsberichte nicht mehr vorhanden sind. Es hat Beweis erhoben durch Einholung eines Sachverständigengutachtens von Amts wegen. Der Sachverständige, der Arzt für Orthopädie, Chirotherapie, Sportmedizin und Rehabilitationswesen Dr. B1, hat in seinem Gutachten vom 16. Oktober 2011 ausgeführt, bei der Klägerin liege eine chronisch-entzündlich-rheumatische Erkrankung von Achsenskelett und von Extremitätengelenken (Spondylitis ankylosans) vor. Zudem bestehe eine Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule bei Bandscheibenvorfall der unteren Halswirbelsäule sowie der Lendenwirbelsäule bei degenerativen Veränderungen mit Muskelungleichgewichten. Klinisch und radiologisch seien auffällige Veränderungen im Sinne einer Bechterew-Erkrankung nicht festzustellen. Hände und Füße würden deutliche Gebrauchsspuren aufweisen. Die bestehende Fuß-/Zehenfehlform sei nicht dem rheumatischen Formenkreis zuzuordnen. Insgesamt seien recht gute Kraftverhältnisse der Muskulatur des Rumpfes sowie der Arme und Beine festzustellen. Ein Anhalt für akute Nervenwurzelreiz- oder Ausfallerscheinungen ergebe sich nicht. Im Zeitraum der Untersuchung seien Erschöpfungszeichen hinsichtlich Gehen, Stehen oder Sitzen nicht feststellbar gewesen. Hinsichtlich der Wirbelsäulenbeweglichkeit und auch der Extremitätenbeweglichkeit würden sich im wesentlichen Normwerte finden, auch recht gute Kräfteverhältnisse der Muskulatur der Arme, Beine und des Rumpfes. Auffällige Fehlbildungen, wie sie typisch für rheumatische Erkrankungen seien, seien nicht festzustellen. Insgesamt sei der funktionelle Zustand so gut, dass die Klägerin in der Lage scheine, sich selbst zu versorgen. Der Sachverständige hat aktuell keine Notwendigkeit zu einer stationären Rehabilitationsmaßnahme gesehen. Die ambulanten Therapien sollten weiterhin zum Erhalt der Funktionen hinsichtlich der Muskulatur und der Gelenkbeweglichkeit durchgeführt werden. Zudem solle die Klägerin ihre Eigenaktivität ausweiten. Die Klägerin hat dagegen im Wesentlichen vorgebracht, die letzte stationäre Rehabilitationsmaßnahme habe ihr Schmerzlinderung und eine bessere Lebensqualität gebracht.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 19. Januar 2012 abgewiesen. Bei der Klägerin reiche eine Fortführung der ambulanten Krankenbehandlung aus, gegebenenfalls ergänzt um eine Verstärkung der eigenen Aktivität. Es werde nicht in Abrede gestellt,

dass die letzten Rehabilitationsmaßnahmen zur Schmerzlinderung beigetragen und die Lebensqualität der Klägerin gesteigert hätten. Das beweise aber nicht, dass eine solche Verbesserungen allein durch eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme möglich sei und nicht auch durch eine ambulante Krankenbehandlung.

Der Gerichtsbescheid ist der Klägerin am 24. Januar 2012 zugestellt worden. Am 14. Februar 2012 hat sie dagegen Berufung eingelegt. Sie hebt hervor, weiterhin starke Schmerzen zu haben.

Die Klägerin beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Hamburg vom 19. Januar 2012 sowie den Bescheid des Beklagten vom 16. September 2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21. Januar 2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des Sozialgerichts für zutreffend und verweist auf ihr bisheriges Vorbringen.

Durch Beschluss vom 8. März 2012 hat der Senat die Berufung dem Berichterstatter zur Entscheidung mit den ehrenamtlichen Richtern übertragen. Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Prozessakte und der Akte der Beklagten Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung vor dem Landessozialgericht am 21. März 2013 gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

I. Der Senat konnte in der Besetzung mit der Berichterstatterin und zwei ehrenamtlichen Richtern verhandeln und entscheiden, nachdem der Senat die Berufung gemäß [§ 153 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) dem Berichterstatter übertragen hat.

II. Die gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) statthafte und auch im Übrigen zulässige Berufung ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen.

1. Die Klägerin kann die Gewährung einer stationären medizinischen Rehabilitationsleistung nicht als originäre Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung beanspruchen. Wie das Sozialgericht mit zutreffender Begründung, auf die uneingeschränkt Bezug genommen wird, entschieden hat, liegen die Voraussetzungen des insoweit als Anspruchsgrundlage allein in Betracht kommenden [§ 40 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung \(SGB V\)](#) nicht vor. Der Senat sieht insoweit gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) von einer weiteren Darstellung seiner Entscheidungsgründe ab und hebt mit Blick auf das Vorbringen der Klägerin lediglich Folgendes hervor. Das Gesetz gibt ein Stufensystem vor, nach dem stationäre Rehabilitationsmaßnahmen nachrangig gegenüber ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen sind, die wiederum nachrangig gegenüber ambulanter Krankenbehandlung sind (vgl. nur Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, § 40 Rn. 42ff., m.w.N.). Anspruch auf die begehrte stationäre Leistung besteht mithin erst dann, wenn bei der Klägerin weder ambulante Krankenbehandlung noch ambulante Rehabilitationsleistungen zur Erreichung der Behandlungsziele ausreichen. Nach dem Ergebnis der medizinischen Beweisaufnahme, die das Sozialgericht zutreffend gewürdigt hat, bedarf die Klägerin aber keiner stationären Rehabilitationsleistungen, ambulante Maßnahmen reichen aus. Es gibt keine Hinweise auf im Klageverfahren unberücksichtigt gebliebene Aspekte; der gerichtlich bestellte Sachverständige Dr. B1 hat sein Gutachten auf Basis aller in den Akten befindlichen medizinischen Unterlagen sowie der von der Klägerin ihm ergänzend vorgelegten Röntgenaufnahmen und nach einer selbst durchgeführten Befragung und ambulanten Untersuchung der Klägerin erstellt. Im Übrigen hat auch die Klägerin die Richtigkeit der vom Sachverständigen festgestellten Funktionseinschränkungen und Beschwerden nicht bestritten. Sie teilt lediglich seine Einschätzung nicht und hält die Durchführung einer stationären Rehabilitation für erforderlich. Dass lässt sich jedoch mit objektivierbaren Kriterien nicht begründen. Es gibt schließlich keinerlei Anhaltspunkt für eine inzwischen eingetretene wesentliche Verschlimmerung ihres Gesundheitszustands. Insbesondere ihre Schwerbehinderteneigenschaft hat bereits im Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. B1 vorgelegen. Es ist der Klägerin daher weiterhin zuzumuten, die in der Vergangenheit erhaltenen ambulanten Leistungen sowie ihre Eigenvorsorge fortzusetzen. Dass ihr, wie sie in der mündlichen Verhandlung vorgebracht hat, aktuell von Ärzteseite weder Physiotherapie noch Massagen verordnet werden, ist nicht Gegenstand dieses Rechtsstreits.

2. Ebenso wenig kann die Klägerin die Gewährung der begehrten stationären Rehabilitationsmaßnahmen nach dem Leistungsrecht eines anderen Rehabilitationsträgers beanspruchen. Allerdings oblag der Beklagten nach [§ 14 Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen \(SGB IX\)](#) als erstangegangenen Rehabilitationsträger die Prüfung aller weiter in Betracht zu ziehenden rehabilitationsrechtlichen Anspruchsgrundlagen, da sie keine fristgerechte Zuständigkeitsklärung unternommen hatte und damit im Außenverhältnis umfassend zuständig war (vgl. dazu BSG 18.5.2011 – [B 3 KR 10/10 R](#) – Juris, m.w.N.; zum Verhältnis der Subsidiaritätsregelung in [§ 40 Abs. 4 SGB V](#) zu [§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB X](#) vgl. nur Wagner in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung und Pflegeversicherung, [§ 40 SGB V](#) Rn. 25ff.). Im Ergebnis ist die Entscheidung der Beklagten jedoch auch unter Berücksichtigung der Regelung in [§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX](#) zutreffend. Eine Leistungsgewährung auf rentenrechtlicher Grundlage scheidet aus, weil die Klägerin als Bezieherin einer Altersrente gemäß [§ 12 Abs. 1 Nr. 2 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch – Gesetzliche Rentenversicherung](#) – insoweit von Teilhabeleistungen ausgeschlossen ist. Eine Leistungsgewährung auf sonstiger Grundlage kommt nicht ernstlich in Betracht.

III. Die Kostenentscheidung beruht auf dem Rechtsgedanken des [§ 193 Abs. 1 und 4 SGG](#) und berücksichtigt, dass die Klägerin unterlegen ist und die Aufwendungen der Beklagten nicht erstattungsfähig sind.

IV. Die Revision ist nicht zuzulassen, weil weder die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 Nr. 1](#) noch [2 SGG](#) vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2013-03-26