

S 4 KR 10/04

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Düsseldorf (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 4 KR 10/04
Datum
29.11.2006
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Klage wird abgewiesen. Außergerichtliche Kosten haben die Beteiligten einander nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist die Gewährung einer stationären Mütterkur im Sinne von [§ 24 SGB V](#).

Die am 00.00.1951 geborene Klägerin führte in den Jahren 1996 und 1999 stationäre Rehabilitationsmaßnahmen durch.

Am 22.04.2003 beantragte sie unter Beifügung eines Attestes des behandelnden Arztes für Allgemeinmedizin H die Gewährung einer stationären Mütterkur. Im Attest des H wird die Notwendigkeit mit einem Überlastungssyndrom begründet. Die Klägerin sei allein erziehend und es bestünde ein Konflikt mit dem 00.00.1980 geborenen, aber noch in ihrer Wohnung wohnenden Sohn. Gestützt auf die Beurteilung des MDK im Gutachten vom 15.05.2003 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 11.06.2003 die Gewährung einer Mütterkur ab. Der Gutachter des MDK sei der Auffassung, dass zur wesentlichen Besserung des Gesundheitszustandes eine ambulante Vorsorgemaßnahme in einem staatlich anerkannten deutschen Kurort medizinisch ausreiche.

Der dagegen am 02.07.2003 von der Klägerin erhobene Widerspruch wurde gestützt auf das beigelegte Attest der Frau S damit begründet, dass wegen der bestehenden reaktiven Depression ein räumlicher Abstand und Milieuwechsel dringend erforderlich wäre.

Mit weiterem Bescheid vom 31.07.2003 wiederholte die Beklagte die Ablehnung der Kostenübernahme für eine stationäre Maßnahme.

Der dagegen am 03.08.2003 erhobene Widerspruch wurde damit begründet, dass nach dem Gesetzestext eine stationäre Vorsorgemaßnahme nicht davon abhängig sei, dass ambulante Maßnahmen ausgeschöpft seien. Die Ausschöpfung ambulanter Maßnahmen am Wohnort sei nicht nötig, um eine Leistung gemäß [§ 24 SGB V](#) in Anspruch nehmen zu können. Analog gelte diese Argumentation auch für § 41, der ausdrücklich Bezug auf die Voraussetzung des § 27 nimmt. Auch dort sei von einer Ausschöpfung ambulanter Behandlungsmaßnahmen nicht die Rede.

Die Widerspruchsstelle der Beklagten wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 08.10.2003 als unbegründet zurück. Ambulante Vorsorgemaßnahmen seien hier ausreichend. Die Notwendigkeit einer stationären Maßnahme sei nicht nachgewiesen.

Dagegen hat die Klägerin am 15.01.2004 vor dem Sozialgericht Düsseldorf Klage erhoben. Zur Begründung wiederholt die Klägerin ihr Vorbringen aus dem Widerspruchsverfahren.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 11.06.2003 und des weiteren Bescheides vom 31.07.2003 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 08.10.2003 zu verurteilen, ihr eine stationäre Mütterkur zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie bezieht sich auf die Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines Befundberichts und von Gutachten. Auf den Befundbericht der Frau S vom 04.05.2004 und auf die Gutachten des T vom 01.02.2005 und das weitere Gutachten des H vom 10.10.2006 wird Bezug genommen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Schriftsätze der Beteiligten und den übrigen Inhalt der Akten Bezug genommen. Die Verwaltungsakten der Beklagten haben vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die erhobene kombinierte Anfechtungs-, Verpflichtungsklage ist zulässig, aber unbegründet.

Die Klägerin ist durch den angefochtenen Bescheid nicht gemäß § 54 Abs. 2 Sozial- gerichtsgesetz (SGG) beschwert, da die Beklagte zu Recht den Antrag auf Gewährung einer stationären Mütterkur abgelehnt hat. Anspruchsgrundlage für die von der Klägerin begehrte stationäre Kur in einer vom Müttergenesungswerk anerkannten Einrichtung ist [§ 24 Abs. 1 SGB V](#). Nach dieser Vorschrift kann die Krankenkasse unter den [§ 23 Abs. 1 SGB V](#) genannten Voraussetzungen aus medizinischen Gründen erforderliche Vorsorge- leistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einer gleichartigen Einrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach [§ 111 a SGB V](#) besteht, erbringen. Gemäß [§ 24 Abs. 2](#) in Verbindung mit [§ 23 Abs. 5 SGB V](#) bestimmt die Krankenkasse nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach Absatz 4 sowie die Auswahl der Vorsorgeeinrichtung nach pflichtgemäßen Ermessen.

Die von der Krankenkasse zu treffende Ermessensentscheidung nach § 24 setzt jedoch voraus, dass die Tatbestandsvoraussetzung des [§ 23 Abs. 1 SGB V](#), auf den der § 24 Abs. 1 verweist, vorliegen: Danach muss die Maßnahme notwendig sein, um ein in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führende Schwächung der Gesundheit zu beseitigen, Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden ([§ 23 Abs. 1 Nr. 1, 3 und 4 SGB V](#)). Die in [§ 23 Abs. 1 SGB V](#) genannte Notwendigkeit richtet sich ihrerseits nach den Anforderungen des [§ 12 SGB V](#): § 12 stellt eine Grundsatznorm für das gesamte Leistungsrecht der GKV nach dem dritten Kapitel (§§ 11 bis 68) dar, soweit die einzelne Leistung einer inhaltlichen Ausfüllung durch die in § 12 Abs. 1 genannten Kriterien zugänglich ist und nicht - wie bei Festbeträgen - andere konkrete Maßstäbe gelten oder der Leistungsumfang - wie z. B. beim Krankengeld - nicht bereits abschließend geregelt ist. Durch § 12 Abs. 1 soll einerseits ein ausreichender Leistungsstandard gewährleistet und zum anderen die Leistung auf das notwendige Maß begrenzt werden. Die Leistungen müssen danach ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringern nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)). Die Wirtschaftlichkeit der Leistung muss bei jeder Prüfung eines einzelnen Leistungsanspruches als konkretes Tatbestandsmerkmal geprüft werden (so LSG Baden- Württemberg Urteil vom 05.04.2006 - [L 5 KR 5113/04](#)).

Für den Anspruch aus [§ 24 Abs. 1 SGB V](#) ergibt sich somit aus dem Wirtschaftlichkeits- gebot des [§ 12 Abs. 1 SGB V](#), dass das in [§ 23 Abs. 1, 2 und 4 SGB V](#) für allgemeine medizinische Vorsorgeleistungen festgelegte Prinzip gestufter Leistungen - zunächst ambulante Behandlung, falls diese nicht ausreicht, ambulante Behandlung in Kurorten und falls diese nicht ausreicht, stationäre Behandlung in Vorsorgeeinrichtungen (nach [§ 111 SGB V](#)) auch bei der Gewährung von Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter nach [§ 24 SGB V](#) zu beachten ist (so LSG Baden-Württemberg Urteil vom 05.04.2006 a.a.O.). Das LSG Baden-Württemberg führt im Urteil vom 05.04.2006 (a.a.O.) hierzu weiter aus: "Dem steht nicht entgegen, dass es sich hierbei im Verhältnis zu den in [§ 23 SGB V](#) geregelten allgemeinen medizinischen Vorsorgeleistungen um besondere Vorsorgeleistungen handelt. Denn das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt für alle Leistungsarten und damit auch für alle Leistungen der medizinischen Vorsorge gleichermaßen, ohne dass es auf deren Verhältnis zueinander ankäme. Der Gesetzgeber braucht daher in [§ 24 SGB V](#) auf die Bestimmungen in [§ 23 Abs. 2](#) und 3 SGB V oder auf [§ 12 SGB V](#) nicht zu verweisen und konnte sich mit einer Bezugnahme auf die in [§ 23 Abs. 1 SGB V](#) festgelegten allgemeinen Leistungsvoraussetzungen begnügen. Der Verweisung allein auf [§ 23 Abs. 1 SGB V](#) ist damit auch nicht etwa zu entnehmen, dass die Gewährung medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter von dem Prinzip gestufter Leistung hätte frei gestellt werden sollen und ambulante Maßnahmen am Wohnort, am Kurort und stationäre Maßnahmen ohne Unter- schied nebeneinander zu beanspruchen wären. Da widersprüche im Übrigen auch der in [§ 24 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ausdrücklich vorgesehenen Notwendigkeit, dass - unter den allgemeinen Leistungsvoraussetzungen des [§ 23 Abs. 1 SGB V](#) - nur aus medizinischen Gründen erforderliche Vorsorgeleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes bzw. einer gleichartigen Einrichtung erbracht werden können ...

Die Eigenart der Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter steht dem nicht entgegen. Zwar stellen die Vorsorgemaßnahmen nach [§ 24 SGB V](#) eine "Mischform" dar und damit eine komplexe Leistung, die je nach der konkreten Ausgestaltung im Einzelfall den Maßnahmen nach [§ 23 Abs. 2 SGB V](#) (ambulante Maßnahmen am Kurort) oder [§ 23 Abs. 4 SGB V](#) (stationäre Behandlung) entspricht, jedoch in besonderer Weise auf die Bedürfnisse des leistungsberechtigten Personenkreises zugeschnitten ist (vgl. KassKomm-Höfler, a.a.O. § 24 Rdnr. 5). Dabei geht es im Wesentlichen um die besondere Bedarfssituation von Müttern bzw. Vätern und ihren Kindern. Deshalb sehen § 24 Abs. 1 Satz 1 2. Halbs. und [§ 24 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) auch vor, die Leistung in einer Mutter-Kind-Maßnahme bzw. Vater-Kind-Maßnahme zu erbringen, um die Mutter- bzw. Vater-Kind-Beziehung zu ver- bessern, das Lernfeld Kinder-Mutter (Vater) - Dritte zu nutzen und pädagogische Hilfen sowie Einsicht in Ursachen und Bedingungen bei kindlichen Verhaltensauffälligkeiten zu vermitteln (vgl. dazu etwa BSG, Urteil vom 16.12.2003, - [B 1 KR 12/02](#) - sowie die Gemeinsame Japanempfehlung zur Durchführung von Vorsorgekuren für Mütter und Müttergenesungskuren, DOK 1990, 744). Das ändert aber nichts daran, dass die Gewährung einer solchen (komplexen) Vorsorgeleistung in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes bzw. einer gleichartigen Einrichtung an die Erfüllung der Leistungsvoraussetzungen gebunden ist. Zu diesen gehört aber, wie dargelegt, die Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebotes bzw. der medizinischen Erforderlichkeit der Vorsorgeleistungen. Daran fehlt es, wenn, den Grundsätzen der gestuften Leistungs- gewährung folgend, andere Maßnahmen, auch ambulante Maßnahmen am Wohnort ausreichen, um die in [§ 23 Abs. 1 SGB V](#) (i.V.m. [§ 24 Abs. 1 SGB V](#)) festgelegten Ziel- setzungen zu erreichen. Dann kommt eine Ermessensentscheidung der Krankenkasse über die Gewährung einer Vorsorgemaßnahme nach [§ 24 SGB V](#) nicht in Betracht."

Bei der Klägerin besteht ein Burn-out-Syndrom im Zentrum des Beschwerdebildes. Sowohl der internistische als auch der neurologische Sachverständige diagnostizierten eine Depression mit Symptomen von Antriebslosigkeit, psychophysische Erschöpfung und Schlafstörungen. Ursache dieser Beschwerden seien die Probleme vor allem mit ihrem inzwischen 24-jährigen Sohn, der weder einen

gültigen Schulabschluss noch eine Berufs- ausbildung und somit eine ungewisse Zukunft hätte. Seit der Scheidung im Jahr 1993 belaste sie diese Situation auch finanziell. Es finde zwar eine allgemeinmedizinische Behandlung, jedoch keine fachärztliche Betreuung durch einen Psychiater bzw. Psycho- therapeuten statt. Nach Auffassung beider Sachverständigen versprechen stationäre Heilmaßnahmen prognostisch keine Änderung. Vielmehr sei eine kontinuierliche ambulante therapeutische Intervention entsprechend dem Leidensdruck der Klägerin erforderlich (z. B. Psychotherapie/Familientherapie). Nach dem oben beschriebenen Stufenverhältnis sind somit die Möglichkeiten der vorrangig in Anspruch zu nehmenden ambulanten Therapieangebote nicht ausgeschöpft. Die Notwendigkeit einer stationären Mütterkur ist daher wegen mangelnder medizinischer Notwendigkeit nicht nachgewiesen.

Die Klage musste daher abgewiesen werden.

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

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2007-01-18