

L 9 KR 22/08

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 89 KR 334/05
Datum
24.10.2006
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 9 KR 22/08
Datum
25.09.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Beschluss
Leitsätze

1.) Zur Notwendigkeit einer vertragsärztlichen Verordnung und den Anforderungen an diese Verordnung und an den verordnenden Arzt nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien - RehaRL -) nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V](#) vom 16. März 2004.

2.) Stellt der Vertragsarzt eine medizinische Indikation für eine Rehabilitation fest, hat er diese gemäß § 6 Abs. 3 RehaRL mit Zustimmung des Versicherten auf dem ihm zur Verfügung stehenden Vordruck gemäß Anlage 2 RehaRL zu verordnen. Die Verordnung setzt voraus, dass der Vertragsarzt die Rehabilitationsbedürftigkeit, die Reabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose auf der Grundlage realistischer, für den Versicherten alltagsrelevanter Rehabilitationsziele feststellt und dokumentiert. Nach § 12 Abs. 1 Satz 1 RehaRL darf die Krankenkasse die beantragte Rehabilitationsmaßnahme nur bewilligen, wenn die vorgenannte Verordnung auf dem hierfür vorgesehenen Vordruck vorliegt.

3.) Fehlt im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung einer Leistung die erforderliche vertragsärztliche Verordnung, kann diese nicht nachgeholt werden und der Anspruch ist endgültig ausgeschlossen.

4.) Hat ein Kläger in Israel in einem Hotel gewohnt und die Leistungen außerhalb des Hotels in einer medizinischen Einrichtung erhalten, hat er keinen stationäre, sondern allenfalls ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen in Anspruch genommen (vgl. die Definition der stationären Rehabilitation in [§ 40 Abs. 2 SGB V](#)).

5.) Will ein Kläger gegenüber seiner Krankenkasse einen Anspruch auf Kostenerstattung für selbstbeschaffte Kosten einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme geltend machen, muss er bei seiner Krankenkasse einen entsprechenden Antrag stellen und die Bescheidung durch die Krankenkasse abwarten, bevor er sich die Leistung selbst beschafft; die Beantragung und Bescheidung anderer, z. B. stationärer Leistungen reicht hierfür nicht aus.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 24. Oktober 2006 wird zurückgewiesen. Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Erstattung von Kosten für einen sechswöchigen Aufenthalt des Klägers und einer Begleitperson am Toten Meer in Israel.

Der 1937 geborene Kläger war vom 1. November 2004 bis zum 30. April 2006 krankenversichertes Mitglied der beklagten Krankenkasse. Er leidet u.a. an einem Lichen ruber planus, einer Follikulieitis mit Furunkeln, einer Spinalstenose, degenerativen Veränderungen des gesamten Stütz- und Bewegungsapparates, einer Kleinhirnsuffizienz nach traumatischer Kleinhirnbilung mit schwerer Geh- und Gleichgewichtsbehinderung, einer chronischen obstruktiven Bronchitis, Funktionseinschränkungen beider Schultergelenke nach mehrfachen Rotatorenmanschettenrupturen beidseits, einer Adipositas und einer Hypertonie. Er ist auf einen Rollstuhl angewiesen und erhält Leistungen der Pflegestufe II nach dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (Pflegeversicherung, SGB XI).

Mit Schreiben vom 5. Januar 2005 beantragte er bei der Beklagten die Kostenübernahme für eine stationäre Rehabilitationsleistung am Toten Meer in Israel und fügte zur näheren Begründung auf einem Vordruck der Beklagten eine Bescheinigung seiner behandelnden Hautärztin C S vom 6. Januar 2005 sowie einen ergänzenden ärztlichen Bericht dieser Ärztin vom selben Tag bei, in denen diese eine

stationäre Rehabilitationsmaßnahme am Toten Meer wegen der vorgenannten Erkrankungen und zur allgemeinen Stabilisierung des Gesundheitszustandes des Klägers sowie im Hinblick auf eine erfolgreiche frühere Rehabilitationsmaßnahme am Toten Meer im Jahre 2004 für dringend erforderlich hielt. Der Kläger reiste vom 20. März bis zum 1. Mai 2005 zur Klimaheilbehandlung ans Tote Meer in Israel. Er bewohnte mit einer Begleitperson zwei Einzelzimmer im S M D S Hotel und wurde im E M Center behandelt. Dieses veranlasste eine kontrollierte Sonnenbestrahlung, Bäder im Toten Meer, den Einsatz von Fett- und Feuchtigkeitscremes, Salben und Tabletten zur Hautbehandlung, Schlammpackungen und Massagen. Hierfür entstanden ihm Kosten in Höhe von insgesamt 10.076,00 EUR.

Die Beklagte lehnte den Antrag des Klägers mit Bescheid vom 24. Januar 2005, bestätigt durch den Widerspruchsbescheid vom 21. März 2005, im Wesentlichen mit der Begründung ab, dass die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung schon deshalb nicht vorlägen, weil eine ambulante Behandlung ausreichend gewesen wäre und es zudem an dringenden medizinischen Gründen für eine stationäre Rehabilitationsleistung vor Ablauf von vier Jahren nach der zuletzt zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführten stationären Rehabilitationsmaßnahme im Jahre 2004 fehle. Auch die Voraussetzungen für eine Rehabilitationsmaßnahme in Form der Anschlussheilbehandlung lägen nicht vor.

Die dagegen erhobene Klage hat das Sozialgericht Berlin mit Urteil vom 24. Oktober 2006 abgewiesen. Eine Kostenerstattung sei nicht möglich, weil die Beklagte die Leistungen weder als ambulante noch als stationäre Rehabilitationsleistungen zu Unrecht abgelehnt habe. Denn die Einrichtung, in der der Kläger behandelt worden sei, sei weder wohnortnah noch bestehe zwischen ihr und der Beklagten der vom Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) geforderte Versorgungsvertrag. Außerdem habe der Kläger die gebotene ambulante hautärztliche Behandlung nicht ausgeschöpft und keine Gründe vorgebracht, die eine Rehabilitationsleistung vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit erforderlich erscheinen ließe. Schließlich seien keine Gründe dafür erkennbar, die eine Leistungserbringung im Ausland notwendig gemacht hätten, die das SGB V grundsätzlich ausschließe.

Gegen das ihm am 16. November 2006 zugestellte Urteil hat der Kläger am Montag, den 18. Dezember 2006 Berufung eingelegt. Er ist der Auffassung, dass die durchgeführte Behandlung auch vor Ablauf der Wartezeit medizinisch notwendig gewesen sei und zum Erfolg geführt habe. Eine Erfolg versprechende Behandlungsalternative im Inland habe nicht bestanden.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 24. Oktober 2006 und den Bescheid der Beklagten vom 24. Januar 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. März 2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm die Kosten für einen Kuraufenthalt am Toten Meer vom 20. März 2005 bis zum 1. Mai 2005 mit einer Begleitperson i.H.v. 10.076,00 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das sozialgerichtliche Urteil für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen, den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte und auf die Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen, die dem Senat vorgelegen haben und Gegenstand der Entscheidung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte die Berufung gemäß [§ 153 Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss zurückweisen, weil er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält und die Beteiligten sowohl zu den nach Auffassung des Senats entscheidungserheblichen Gesichtspunkten als auch zur Verfahrensweise gehört worden sind.

Die Entscheidung des Sozialgerichts ist nicht zu beanstanden; es hat die Klage im Ergebnis zu Recht abgewiesen. Die das Begehren des Klägers ablehnenden Bescheide sind rechtmäßig und verletzen ihn nicht in seinen Rechten. Denn er hat keinen Anspruch auf Erstattung der ihm für seinen Aufenthalt und seine Behandlung am Toten Meer entstandenen Kosten.

Als Rechtsgrundlage für die begehrte Kostenerstattung kommen hier ausschließlich [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt., Satz 2 SGB V, [§ 15 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) in Betracht. Nach den in diesen Vorschriften im Wesentlichen gleichlautend formulierten Voraussetzungen sind dem Versicherten die für eine von ihm selbstbeschaffte Leistung entstandenen Kosten von der Krankenkasse zu erstatten, wenn die Krankenkasse diese Leistung zu Unrecht abgelehnt hat, die Leistung notwendig und die Ablehnung für die Entstehung der Kosten ursächlich war. Diese Voraussetzungen liegen hier nicht vor: die Beklagte hat die vom Kläger begehrte Kostenübernahme für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme am Toten Meer in Israel nicht zu Unrecht abgelehnt (nachfolgend 1.); außerdem war die Ablehnung nicht ursächlich für die Aufwendungen des Klägers (nachfolgend 2.).

1. Die Beklagte hat die Kostenübernahme für die begehrte Rehabilitationsmaßnahme schon deshalb zu Recht verweigert, weil es an einer ausreichenden vertragsärztlichen Verordnung fehlte.

a) Nach [§ 15 Abs. 1 SGB V](#) wird die ärztliche Behandlung von Ärzten erbracht. Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt angeordnet und von ihm verantwortet werden. Die Erforderlichkeit ärztlicher Verordnungen für die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, insbesondere in Rehabilitationseinrichtungen, ist durch [§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 SGB V](#) noch einmal ausdrücklich bestimmt worden. Erst durch die vertragsärztliche Verordnung wird das dem Versicherten durch [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V](#) gewährte Rahmenrecht auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu einem Anspruch auf die vom Vertragsarzt bestimmte Rehabilitationsmaßnahme - unter Beachtung des der Krankenkasse nach [§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) zustehende Ermessens - konkretisiert. Daraus folgt, dass dem Versicherten ohne vertragsärztliche Verordnung (noch) kein Anspruch auf die begehrte Rehabilitationsmaßnahme zusteht (vgl. hierzu und zum Folgenden: Urteil des Senats vom 19. Dezember 2007- [L 9 KR 150/03](#) -, zitiert nach juris).

b) Die Notwendigkeit der vertragsärztlichen Verordnung und weitere Anforderungen an die Verordnung und an den verordnenden Arzt ergeben sich aus den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien - RehaRL -) nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V](#) vom 16. März 2004. Diese binden nicht nur den Arzt bei seiner vertragsärztlichen Tätigkeit, sondern bestimmen auch den Anspruch des Versicherten auf Rehabilitationsleistungen näher. Nach §§ 5 und 6 RehaRL ist der Versicherte zunächst vom einem Vertragsarzt, der gemäß § 11 RehaRL die besondere Qualifikation zur Beratung des Versicherten sowie zur Verordnung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation besitzen muss, über die Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu beraten und die Krankenkasse auf dem in der Anlage 1 zur RehaRL vorgesehenen Vordruck darüber zu informieren, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation notwendig sein können. Stellt der Vertragsarzt eine medizinische Indikation für eine Rehabilitation fest, hat er diese gemäß § 6 Abs. 3 RehaRL mit Zustimmung des Versicherten auf dem ihm zur Verfügung stehenden Vordruck gemäß Anlage 2 RehaRL zu verordnen. Die Verordnung setzt gemäß § 7 Abs. 1 RehaRL voraus, dass der Vertragsarzt die Rehabilitationsbedürftigkeit, die Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose auf der Grundlage realistischer, für den Versicherten alltagsrelevanter Rehabilitationsziele feststellt und dokumentiert. Nach § 12 Abs. 1 Satz 1 RehaRL darf die Krankenkasse die beantragte Rehabilitationsmaßnahme nur bewilligen, wenn die vorgenannte Verordnung auf dem hierfür vorgesehen Vordruck vorliegt.

Die Einhaltung dieser Voraussetzungen lässt sich hier nicht feststellen. Die den Kläger behandelnde Hautärztin, deren Qualifikation zur Prüfung und Verordnung von Rehabilitationsmaßnahmen nicht erkennbar ist, hat den Kläger nach den vorliegenden ärztlichen Berichten weder ausreichend beraten noch die Verordnungsvoraussetzungen des § 7 RehaRL geprüft und ihr Vorliegen auf dem maßgeblichen Vordruck dokumentiert. Damit fehlt es an einer wesentlichen Leistungsvoraussetzung.

c) Der Versicherte, der auf eine in Attesten, Berichten oder anderen ärztlichen Bescheinigungen ausgesprochene Empfehlung, Befürwortung oder Anregung seines behandelnden Arztes als ausreichender vertragsärztlicher Verordnung vertraut, ist mit seinem Begehren auf medizinische Rehabilitation im sozialgerichtlichen Prozess aber nicht endgültig gescheitert. Denn in einem Streit auf Bewilligung dieser Leistung mit seiner Krankenkasse kann die hierfür erforderliche qualifizierte Verordnung noch grundsätzlich bis zum Schluss der letzten mündlichen Tatsachenverhandlung vor dem Landessozialgericht (LSG) nachgeholt werden, weil es sich bei der Verordnung um eine anspruchsbegründende Voraussetzung handelt, die zu den tatbestandlichen Voraussetzungen des Rehabilitationsanspruchs gehört.

d) Allerdings gibt es für diese Möglichkeit Grenzen, die sich aus dem materiellen Recht ergeben. Beschafft sich der Versicherte die Maßnahme selbst, müssen die Voraussetzungen für den Anspruch auf Rehabilitation im Zeitpunkt der Beschaffung, d. h. i. d. R. im Zeitpunkt der zivilrechtlichen Vereinbarung der medizinischen Maßnahme mit dem Leistungserbringer, spätestens im Zeitpunkt der Leistung selbst, vorliegen. Dies ergibt sich unmittelbar aus dem Wortlaut des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#), der einen Kostenerstattungsanspruch in solchen Fällen von der "Unrechtmäßigkeit der Leistungsablehnung" abhängig macht. Die Ablehnung einer begehrten Leistung ist aber nur dann unrechtmäßig, wenn sie rechtswidrig ist, was das Bestehen eines Leistungsanspruchs voraussetzt, der jedoch gerade erst durch die oben näher beschriebene Verordnung entstehen kann. Fehlt im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung der Leistung die erforderliche vertragsärztliche Verordnung, kann diese nicht nachgeholt werden und der Anspruch ist endgültig ausgeschlossen. Dies gilt selbst dann, wenn die beklagte Krankenkasse nicht auf das Fehlen der erforderlichen vertragsärztlichen Verordnung hingewiesen hat. Denn [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#), [§ 15 Abs. 1 SGB IX](#), die als kodifizierte sozialrechtliche Herstellungsansprüche einen Rückgriff auf diesen ungeschriebenen richterrechtlichen Anspruch im Übrigen ausschließen, lassen einen Kostenerstattungsanspruch auch in solchen Fällen nicht zu (BSG, 1. Senat, Urteil vom 2. November 2007 - [B 1 KR 14/07 R](#) -, zitiert nach juris m.w.N.).

2. Darüber hinaus ist die Ablehnung der Kostenübernahme für die beantragte stationäre Rehabilitation aber auch nicht ursächlich für die dem Kläger entstandenen Kosten geworden. Denn der Kläger hat ausweislich der von ihm vorgelegten Rechnungen in Israel in einem Hotel gewohnt und die Leistungen außerhalb des Hotels in einer medizinischen Einrichtung erhalten. Damit hat er keine stationären, sondern allenfalls ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen in Anspruch genommen (vgl. die Definition der stationären Rehabilitation in [§ 40 Abs. 2 SGB V](#)), die er bei der Beklagten jedenfalls nicht ausdrücklich beantragt und die diese nicht abgelehnt hat. Die Ablehnung stationärer Leistungen ist damit nicht kausal für die Entstehung von Kosten für ambulante Leistungen geworden. Die Kausalität der Ablehnung für die Entstehung der Kosten ist aber Tatbestandsvoraussetzung für den Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alt. SGB V](#) und [§ 15 Abs. 1 SGB IX](#). Will ein Kläger gegenüber seiner Krankenkasse einen Anspruch auf Kostenerstattung für selbstbeschaffte Kosten einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme geltend machen, muss er bei seiner Krankenkasse einen entsprechenden Antrag stellen und die Bescheidung durch die Krankenkasse abwarten, bevor er sich die Leistung selbst beschafft; die Beantragung und Bescheidung anderer, z. B. stationärer Leistungen, reicht hierfür nicht aus.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) und folgt dem Ergebnis in der Hauptsache.

Die Revision ist nicht zugelassen worden, weil hierfür kein Grund nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) vorlag.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2008-11-24