

L 4 KR 4056/04

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KR 3752/03
Datum
22.07.2004
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 4056/04
Datum
23.06.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung stationärer Leistungen zur Rehabilitation (Reha) streitig.

Der am 1942 geborene Kläger ist bei der Beklagten krankenversichert. Seit Oktober 2002 bezieht er von der früheren Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA - jetzt Deutsche Rentenversicherung Bund [DRV]) Altersrente; zuvor war er in einer Geschäftsstelle der Beklagten in Freiburg in der Registratur beschäftigt.

Am 24. Januar 2003 beantragte der Kläger durch seinen Bevollmächtigten zunächst formlos die Gewährung stationärer Leistungen zur Reha. In dem sodann nachgereichten Antragsformular gab er unter dem 28. Februar 2003 als Begründung Rückenbeschwerden mit Ausstrahlung in die Arme und Beine, Herzrhythmusstörungen, Vorhofflimmern, Diabetes mellitus sowie Nierensteine an. Stationäre Maßnahmen seien zuletzt vom 10. August bis 07. September 1999 zu Lasten des Rentenversicherungsträgers durchgeführt worden. Zu den im letzten halben Jahr verordneten Behandlungsmaßnahmen gab er sechsmal pro Monat Krankengymnastik an. Als Kurziel nannte der Kläger eine Linderung seiner Beschwerden sowie mehr Lebensqualität. In dem beigelegten Formularbericht gab der behandelnde Facharzt für Orthopädie/Sportmedizin Dr. B. unter dem 26. Februar 2003 als antragsrelevante Diagnosen "Vorfall HWS, Facettensyndrom LWS" bei einem mittleren Schweregrad an. An Behandlungsmaßnahmen seien Krankengymnastik sowie Injektionen in die Triggerpunkte durchgeführt worden. Auf die Frage nach dem angestrebten Vorsorge-/Reha-Ziel gab Dr. B. an, die Maßnahme sei nicht von ihm, sondern vom Rentenberater des Klägers empfohlen worden. Die Beklagte veranlasste eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), wobei die beratende Ärztin im MDK Wuppertal Dr. V. unter dem 24. März 2003 zu dem Ergebnis gelangte, dass beim Kläger Vorsorge-/Reha-Bedürftigkeit mit dem Ziel der Schmerzlinderung und Steigerung der Beweglichkeit zwar bestehe, das Behandlungsziel zur Vermeidung einer Verschlimmerung jedoch auch mit einer ambulanten Vorsorgeleistung bzw. einer Kompaktkur erreicht werden könne. Mit Bescheid vom 29. April 2003 lehnte die Beklagte den Antrag des Klägers mit der Begründung ab, es lägen keine zwingenden medizinischen Gründe vor, die die Durchführung einer stationären Leistung zur Reha vor Ablauf der gesetzlichen Vierjahresfrist erforderlich machten. Das definierte Vorsorgeziel könne auch mit einer ambulanten Vorsorgeleistung in einem staatlich anerkannten Kurort erreicht werden. Bei Durchführung einer solchen ambulanten Vorsorgeleistung stelle sie 85 vom Hundert (v.H.) der Kosten für Heilmittel sowie einen täglichen Zuschuss von EUR 13,00 für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten etc. zur Verfügung. Im Widerspruchsverfahren machte der Kläger geltend, das Verhalten der Beklagten sei grob widersprüchlich. Sie habe ihn im Hinblick auf die Voraussetzungen des [§ 51](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) zwar zur Stellung eines Reha-Antrags aufgefordert, gleichzeitig verweigere sie jedoch eine solche Leistung nach Ablehnung entsprechender Leistungen durch die früherer BfA. Damit verstoße sie gegen die Vorschrift des [§ 242](#) des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB), die auch im Sozialrechtsverhältnis als schuldrechtsähnliche Sonderverbindung analoge Anwendung finde. Ihm gehe es im Übrigen nicht nur um die Behandlung seiner orthopädischen Beschwerden, sondern auch um eine mögliche Verbesserung der chronischen Nierenerkrankung. Nachdem die von der Beklagten nochmals hinzugezogene Dr. V. keine neuen medizinischen Gesichtspunkte sah (Stellungnahme vom 25. August 2003), veranlasste die Beklagte eine Untersuchung des Klägers, die am 22. September 2003 durch Dr. H. vom MDK Baden-Württemberg in Emmendingen durchgeführt wurde. In seinem Gutachten vom selben Tag führte er aus, beim Kläger bestünden deutliche Beschwerden und Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule, wobei ambulante Behandlung bereits erfolge; zur Intensivierung dieser Behandlungen hielt er eine ambulante Maßnahme, z.B. als Kompaktkur für angemessen. Eine medizinische Notwendigkeit für eine stationäre Maßnahme sei nicht hinreichend erkennbar. Mit Schreiben vom 30. September 2003

informierte die Beklagte den Kläger über das Ergebnis dieser gutachtlichen Untersuchung und bekräftigte, weiterhin bereit zu sein, eine ambulante Vorsorgeleistung in einem staatlich anerkannten Kurort zur Verfügung zu stellen. Die Inanspruchnahme einer solchen Leistung lehnte der Kläger durch seinen Bevollmächtigten sinngemäß ab. Mit Widerspruchsbescheid der bei der Beklagten gebildeten Widerspruchsstelle vom 11. November 2003 wurde der Widerspruch, soweit stationäre Leistungen begehrt wurden, zurückgewiesen.

Am 21. November 2003 erhob der Kläger deswegen Klage beim Sozialgericht (SG) Freiburg und rügte erneut das widersprüchliche Verhalten der Beklagten, die ihn zwar zur Stellung eines Reha-Antrags aufgefordert, eine solche Maßnahme ein Jahr später jedoch gleichwohl selbst abgelehnt habe. Seine gesamtgesundheitliche Situation mache eine stationäre Maßnahme dringend erforderlich. Bereits seit Jahrzehnten leide er an einer chronischen Nierenerkrankung. Unter Umständen sei es auch dringend erforderlich, ihn stoffwechselorientiert bzw. medikamentös neu einzustellen, was nur im Rahmen einer stationären Behandlung möglich sei. Die Beklagte habe ihr Ermessen auch fehlerhaft ausgeübt. Sie habe nicht erkannt, dass er die im Streit stehende Leistung nicht wegen seiner Wirbelsäulenbeschwerden, sondern auch und im Wesentlichen wegen seiner Nierenerkrankung beantragt habe. Der seitens des Gerichts mit einer Begutachtung beauftragte Sachverständige Dr. Dr. S. habe sich im Übrigen zu deutlich auf seine Fachrichtung beschränkt und nicht berücksichtigt, dass er aufgrund seiner Multimorbidität inzwischen an einem psycho-physischen Erschöpfungszustand leide. Zum Erhalt der Restgesundheit sei hierfür eine stationäre Leistung erforderlich. Die Beklagte trat der Klage unter Vorlage ihrer Verwaltungsakten sowie Aufrechterhaltung ihres bisherigen Standpunkts entgegen und verwies darauf, dass Dr. B. im Rahmen der antragsrelevanten Diagnosen eine Nierenerkrankung nicht erwähnt habe. Sie legte die weitere Stellungnahme des Dr. H. vom 09. Februar 2004 vor. Das SG hörte Dr. B. unter dem 29. Dezember 2003, den Facharzt für Innere Medizin Dr. P. unter dem 30. Dezember 2003 sowie die Ärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Allergologie Dr. K. und den Arzt für Urologie Dr. Z. jeweils unter dem 05. Januar 2004 schriftlich als sachverständige Zeugen und erhob das orthopädische Sachverständigengutachten des Arztes für Orthopädie/Sportmedizin, Chirotherapie Dr. Dr. S. vom 20. April 2004. Mit Urteil vom 22. Juli 2004 wies es die Klage im Wesentlichen mit der Begründung ab, ambulante Behandlung vor Ort sei zur Behandlung der Erkrankungen des Klägers ausreichend. Wegen der Einzelheiten der Begründung wird auf den Inhalt des dem Bevollmächtigten des Klägers am 14. September 2004 gegen Empfangsbekenntnis zugestellten Urteils verwiesen.

Dagegen wendet sich der Kläger mit seiner am 16. September 2004 schriftlich durch Fernkopie beim Landessozialgericht (LSG) eingelegten Berufung. Er macht geltend, das SG habe seine orthopädischen Erkrankungen zu sehr in den Vordergrund gestellt und seinen psycho-physischen Erschöpfungszustand sowie die urologischen Erkrankungen nicht hinreichend berücksichtigt. Wegen der orthopädischen Erkrankungen benötige er keine stationäre Reha-Leistung. Vielmehr sei aufgrund des Zusammenspiels der arteriellen Hypertonie, des Diabetes mellitus und der chronischen Nierenerkrankung eine Stoffwechseleinstellung im Rahmen einer stationären Leistung zur Reha notwendig.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 22. Juli 2004 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 29. April 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11. November 2003 zu verurteilen, ihm eine stationäre medizinische Leistung zur Rehabilitation zu gewähren, hilfsweise von Amts wegen ein neurologisch-psychiatrisches sowie ein urologisches Gutachten einzuholen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für richtig. Nachdem der antragstellende Arzt Dr. B. rein orthopädisch ausgerichtete Leistungen beantragt habe, seien derart ausgerichtete Reha-Leistungen Streitgegenstand. Atteste wegen sonstiger Erkrankungen seien im Vorverfahren nicht eingereicht worden. Sie legt die weitere Sozialmedizinische Stellungnahme des Dr. H. vom 29. August 2005 vor.

Die Berichterstatterin des Senats hat Dr. Z. unter dem 13. Juni 2005, Dr. B. unter dem 17. Juni 2005 sowie den Facharzt für Innere Medizin Dr. N. (Praxisnachfolger des Dr. P.) unter dem 08. Juli 2005 schriftlich als sachverständige Zeugen angehört.

Die Beteiligten haben sich übereinstimmend mit einer Entscheidung des Senats durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Akten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist statthaft und zulässig; sie ist jedoch nicht begründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 29. April 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11. November 2003 ist rechtmäßig, soweit die Beklagte die Gewährung stationärer Leistungen zur Reha abgelehnt hat. Denn die Anspruchsvoraussetzungen für die Gewährung stationärer Leistungen anstelle der bereits bewilligten ambulanten Leistungen zur Reha liegen beim Kläger nicht vor.

Das SG hat die rechtlichen Grundlagen des geltend gemachten Anspruchs im Einzelnen dargelegt und zutreffend ausgeführt, dass die orthopädischen Beeinträchtigungen des Klägers stationäre Leistungen mit Unterkunft und Verpflegung in einer Reha-Einrichtung nicht bedürfen. Zur Vermeidung von Wiederholungen verweist der Senat gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die entsprechenden Ausführungen des SG in der angefochtenen Entscheidung. Der Senat kann dahinstehen lassen, ob im Sinne der Auffassung des gerichtlichen Sachverständigen Dr. Dr. S. auch ambulante Leistungen zur Reha nicht erforderlich sind, weil beim Kläger hierdurch richtungweisende Änderungen im klinischen und radiologischen Befund nicht erwarten seien. Denn zur Gewährung entsprechender Leistungen hat sich die Beklagte in dem

angefochtenen Bescheid bereit erklärt und diese Bereitschaft sinngemäß auch aufrecht erhalten.

Streitgegenstand des Verfahrens ist allein die Gewährung stationärer Leistungen in einer zugelassenen Reha-Einrichtung. Auch die im Berufungsverfahren seitens des Senats durchgeführten Ermittlungen lassen nicht die Feststellung zu, dass der Kläger zur Behandlung seiner Erkrankungen entsprechender Leistungen bedarf. So hat der behandelnde Arzt Dr. B., der den Antrag des Klägers zunächst zwar unterstützt hatte, ohne die Maßnahme allerdings selbst angeregt zu haben, im Rahmen seiner dem SG erstellten Auskunft ausgeführt, die Durchführung eines Heilverfahrens sei erforderlich, diese Einschätzung in seiner dem LSG erteilten Auskunft vom 17. Juni 2005 in dieser Form jedoch nicht ohne weiteres aufrecht erhalten. Denn auf die an ihn seitens des Senats gerichtete Frage, aus welchen konkreten Gründen er ambulante Leistungen zur Vorsorge/Reha nicht für ausreichend erachte, gab Dr. B. lediglich an, eine ambulante Reha werde in der Regel von der Kasse nicht genehmigt, weil der Kläger bereits in Rente sei. Der Umstand, dass dies beim Kläger jedoch gerade nicht der Fall ist, wie die Zusage der Beklagten belegt, macht deutlich, dass Dr. B. bei seiner zuvor dem SG erteilten Auskunft offensichtlich von falschen Voraussetzungen ausging und nur deshalb zu der Beurteilung gelangt ist, stationäre Leistungen in einer Reha-Einrichtung seien erforderlich, weil er eine ausreichende Behandelbarkeit der Beschwerden im Rahmen ambulanter Reha-Leistungen nicht als gesichert sah. Damit stützt letztlich auch die Einschätzung des Dr. B. den geltend gemachten Anspruch auf Gewährung stationärer Leistungen zur Reha nicht. Im Laufe des gerichtlichen Verfahrens ist der Kläger zudem auch selbst von der Beurteilung abgerückt, stationäre Leistungen zur Reha seien zur Behandlung seiner in das Fachgebiet des Dr. B. fallenden orthopädischen Erkrankungen erforderlich. So verwies er, nachdem er im Verwaltungsverfahren lediglich erwähnt hatte, dass es "auch um eine mögliche Verbesserung der chronischen Nierenerkrankung" gehe, erst mit seiner Klageschrift darauf, dass er die streitige Maßnahme nicht wegen seiner Wirbelsäulenbeschwerden allein beantragt habe, sondern "auch und im wesentlichen wegen seiner Nierenerkrankung". Nach Vorlage des Gutachtens des Sachverständigen Dr. Dr. S. machte er dann allerdings deutlich, dass er aufgrund seiner Multimorbidität zwischenzeitlich an einem psycho-physischen Erschöpfungszustand leide und zum Erhalt der Restgesundheit nunmehr hierfür zwingend eine Reha-Maßnahme benötige. Die Erforderlichkeit stationärer Leistungen zur Reha lässt sich jedoch auch im Hinblick auf diese Krankheitsbilder nicht feststellen. Ebenso wie schon Dr. Dr. S. - wenn auch fachfremd - im Rahmen seines Gutachtens vom 20. April 2004 ausgeführt hat, dass das Nierensteinleiden durch stationäre Reha-Leistungen nicht beeinflusst werden könne, hat auch der im Berufungsverfahren erneut als sachverständiger Zeuge gehörte Urologe Dr. Z. im Rahmen seiner Auskunft vom 13. Juni 2005 deutlich gemacht, dass er eine Verbesserung der Lebenssituation des Klägers weder durch eine stationäre Behandlung, noch durch Leistungen zur Reha für möglich erachte und deshalb solche Behandlungen auch nicht sinnvoll seien. Auch die Ausführungen des Facharzt für Innere Medizin Dr. N., bei dem der Kläger seit dessen Praxisübernahme am 01. Januar 2005 in internistisch-hausärztlicher Betreuung steht, rechtfertigen nicht den Schluss, die Durchführung stationärer Leistungen zur Reha seien zur Behandlung der orthopädischen und internistischen Erkrankungen erforderlich. Aufgrund des chronischen Verlaufs und der erheblichen Funktionseinschränkungen mit auch immer wieder auftretenden depressiven Episoden hielt Dr. N. die Durchführung einer stationären Vorsorgeleistung zwar für wünschenswert, alternativ jedoch die Intensivierung der bereits durchgeführten ambulanten Behandlungen oder auch die Durchführung ambulanter Leistungen zur Reha für ausreichend. Damit bestätigte er die Erforderlichkeit stationärer Leistungen aber gerade nicht. Diese Einschätzung steht letztlich auch in Übereinstimmung mit den Beurteilungen der im Verwaltungsverfahren von der Beklagten hinzugezogenen Gutachter Dr. V. und Dr. H., wobei der zuletzt genannte Arzt im Rahmen seiner weiteren Stellungnahmen vom 09. Februar 2004 bzw. 29. August 2005 zusätzlich auch noch die bis zu dem jeweiligen Zeitpunkt auf Veranlassung des SG sowie des Senats eingeholten Auskünfte der behandelnden Ärzte mit berücksichtigt hat. Der Senat sieht keine Anhaltspunkte dafür, dass sämtliche im Wesentlichen übereinstimmenden Einschätzungen der am Verfahren beteiligten Ärzte im Hinblick auf die Erforderlichkeit stationärer Leistungen zur Reha den Erkrankungen des Klägers nicht hinreichend Rechnung tragen. Die Erhebung weiterer Gutachten von Amts wegen ist daher nicht geboten.

Soweit der Kläger die Widersprüchlichkeit des Verhaltens der Beklagten im Zusammenhang mit der Aufforderung zur Stellung eines Reha-Antrags gerügt hat, ist dies nicht nachvollziehbar. Insoweit erkennt der Kläger, dass diese Aufforderung im Hinblick auf die Einschätzung der Beklagten erfolgt ist, seine Erwerbsfähigkeit sei gefährdet oder gemindert, er zum Zeitpunkt des vorliegend in Rede stehenden Antrags auf Gewährung von Leistungen zur Reha vom Januar 2003 jedoch bereits nicht mehr im Berufsleben stand und es im Hinblick auf seinen Versichertenstatus als Rentner auf die Frage der Minderung oder Gefährdung seiner Erwerbsfähigkeit nicht mehr ankam. Zudem hat sich die Beklagte aber auch bereit erklärt, dem Kläger eine ambulante Vorsorgeleistung, die auch im Rahmen einer Kompaktkur durchgeführt werden könnte und nach Inhalt und Therapieumfang einer stationären Vorsorge- bzw. Reha-Leistung vergleichbar ist, zur Verfügung zu stellen und damit eine solche Leistung bewilligt und nicht abgelehnt. Dass sie damit nicht die vom Kläger begehrte Leistungsart, nämlich eine stationäre Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung bewilligt hat, macht ihr Verhalten nicht widersprüchlich. Denn "Leistungen zur medizinischen Rehabilitation" im Sinne des [§ 51 SGB V](#) sind nicht beschränkt auf die stationäre Leistungsform.

Da die Berufung des Klägers nach alledem keinen Erfolg haben konnte, war diese zurückzuweisen.

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

Für eine Zulassung der Revision bestand keine Veranlassung.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2006-08-02