

L 4 KR 5089/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 1 KR 2469/06
Datum
05.09.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 5089/06
Datum
26.10.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Ulm vom 05. September 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist zwischen den Beteiligten, ob die Beklagte dem Kläger eine stationäre Rehabilitationsbehandlung von sechs Wochen in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang zu gewähren hat.

Der am 1943 geborene Kläger ist bei der Beklagten im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner krankenversichert. Bei ihm besteht nach dem Neunten Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) ein Grad der Behinderung (GdB) von 50. Am 28. Juli 1999 befand sich Kläger in vorstationärer Behandlung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Kliniken des Landkreises H. (Arztbrief des Chefarztes Dr. V. vom 03. August 1999, Diagnose: paranoide Störung), wo er dann auch vom 27. Dezember 2000 bis 25. Januar 2001 sowie vom 28. Januar bis 01. Februar 2001 bei der Diagnose einer wahnhaften Störung stationär behandelt wurde. Am 01. Dezember 2005 wurde der Kläger durch Facharzt für Psychiatrie S. untersucht, der nach dem Arztbrief vom 01. Dezember 2005 u.a. die Diagnose des Verdachts auf Panikstörung im Rahmen einer paranoiden Psychose stellte. Vom 25. April bis 23. Mai 2002 war der Kläger, der seit 1995 an einer chronisch-obstruktiven Bronchitis leidet, stationär in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang behandelt worden, wobei in dem Abschlussbericht des Chefarztes Privatdozent (PD) Dr. M. vom 28. Mai 2002 als Diagnosen chronisch-obstruktive Bronchitis, respiratorische Partialinsuffizienz, Nikotinabusus, paranoide Psychose, Hyperthyreose sowie Ausschluss einer allergischen bronchopulmonalen Aspergillose genannt wurden. Eine Besserung seines Zustands konnte danach nicht erreicht werden. Die Führung des Patienten habe sich dort äußerst schwierig gestaltet. Auf die Aufforderung, nicht mehr zu rauchen, habe er gereizt und aggressiv reagiert. Er habe darauf beharrt, an einer Sensibilisierung gegen Aspergillus fumigatus zu leiden. Vom 02. bis 06. Juli 2004 wurde der Kläger ferner stationär in der Zusatzklinik der damaligen Landesversicherungsanstalt Schwaben (Fachklinik für Lungen- und Bronchialerkrankungen) stationär behandelt. Im Entlassungsbericht des Chefarztes Dr. M.-W. vom 06. Juli 2004 wurden als Diagnosen COPD, Zustand nach Inhalationsrauchen sowie bekannte manifeste Hyperthyreose genannt. Danach vermutete der Kläger eine Belastung durch Schimmelpilzsporen im häuslichen Umfeld. In dieser Klinik war der Kläger auch schon vom 24. September bis 04. Oktober 2001 stationär behandelt worden. Weiter wurde der Kläger vom 03. bis 11. Mai 2006 stationär in der Lungenfachklinik (Klinik St. Blasien) in St. Blasien behandelt. Nach dem vorläufigen Entlassungsbericht des Chefarztes Dr. Sc. vom 10. Mai 2006 bestanden als Diagnosen COPD (mittelgradige respiratorische Insuffizienz, Sauerstoff-Langzeittherapie seit 2001, mittelgradige Obstruktion), Hyperthyreose, Tachyarrhythmia absoluta bei Vorhofflimmern, intermittierender Linksschenkelblock, paranoide Psychose, dekompensierte Herzinsuffizienz, Stauungsdermatitis. Danach wünschte der Kläger die differentialdiagnostische Aufarbeitung der anamnestisch angegebenen Schimmelpilzbelastung, vorzugsweise in Davos.

Bereits am 25. Mai 2005 hatte der Kläger bei der Beklagten den Antrag auf eine stationäre Kur in Davos bzw. Höchenschwand gestellt. Die den Kläger behandelnde Ärztin für Allgemeinmedizin O.-R. befürwortete die stationäre Vorsorgekur wegen COPD mit zunehmender Einschränkung der Atemfunktion, rezidivierendem Vorhofflimmern und latenter Hyperthyreose. In der Verordnung vom 20. Juli 2005 wies die Ärztin darauf hin, bisher seien pulmologische Maßnahmen durchgeführt worden. Rehabilitationsziele seien die Verbesserung des Allgemeinzustandes und die Reduzierung der Infektanfälligkeit. Nach dem letzten stationären Aufenthalt in Davos sei ungefähr ein Jahr eine deutliche Besserung hinsichtlich der Atemnot und der Infekthäufigkeit eingetreten. Die Beklagte erhob dazu eine Stellungnahme des Dr. L. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) in U. vom 24. August 2005, der ausführt, die Notwendigkeit einer komplexen interdisziplinären Behandlungsmaßnahme in einer spezifischen Einrichtung sei der Antragstellung nicht zu entnehmen. Zunächst werde davon ausgegangen, dass haus- bzw. fachärztliche Mitbehandlung mit ihren vielfältigen Behandlungsmaßnahmen vor Ort

ausreichend und zweckmäßig seien. Weiterführende komplexe und interdisziplinäre Behandlungen im Sinne des gestuften Versorgungssystems seien erst nach Ausschöpfung der ambulanten Maßnahmen in Erwägung zu ziehen. Mit Schreiben vom 29. August 2005, wovon auch der Kläger unterrichtet wurde (Schreiben ebenfalls vom 29. August 2005), teilte die Beklagte der behandelnden Ärztin O.-R. mit, dass nach den vorgelegten Unterlagen keine ausreichende medizinische Begründung für eine stationäre Behandlung ersichtlich sei. Es wurde auch auf die Möglichkeit eines medizinisch begründeten Widerspruchs hingewiesen. Mit Schreiben vom 29. September 2005 legte die Ärztin Widerspruch ein. Sie machte geltend, der Kläger leide seit 1995 an einer chronisch-obstruktiven Bronchitis eventuell bedingt durch eine Schimmelpilzsporenbelastung in seinem Haus, welche mit Atemnot schon bei geringer Belastung im Alltag verbunden sei. Nach dem Aufenthalt in Davos im Jahre 2002 sei er ungefähr zwei Jahre in einer guten Verfassung hinsichtlich der Atemnot, mit Sicherheit auch überwiegend bedingt durch die positiven klimatischen Verhältnisse, gewesen. Jedoch sei auch eine psychische Belastung bei Situationen mit Atemnot zu erkennen, mit dem Ergebnis, dass der Kläger panikähnliche Symptome zeige, welche auf eine im Jahr 2000 erlebte Schlaflosigkeit nach einer psychiatrischen Behandlung in der Klinik in Heidenheim zurückzuführen sei, wo er wegen einer akuten Atemnot behandelt worden sei. Da der Kläger alleinstehend und es im allgemeinen Interesse sei, seine Selbstständigkeit so lange wie möglich zu erhalten, andererseits eine medikamentöse Therapie einer nicht reversiblen obstruktiven Ventilationsstörung wenig erfolgversprechend sei, halte sie es für erforderlich, eine erneute stationäre Therapie entweder in Davos oder bei ähnlichen klimatischen Verhältnissen im Schwarzwald durchzuführen. Mit Schreiben vom 10. Oktober 2005 wurde die behandelnde Ärztin aufgefordert, weitere Unterlagen einzureichen. Sie legte die Entlassungsberichte vom 28. Mai 2002 und 06. Juli 2004 vor und machte geltend, in den letzten sechs Monaten sei eine intensive medikamentöse Therapie sowie ein Bewegungs- und Ausdauertraining in eigener Regie des Klägers täglich zwei bis drei Stunden durchgeführt worden. Rehabilitationsziel wäre es, die Belastbarkeit bezüglich der Atemnot zu verbessern, so wie 2002 in Davos, und damit die Erhaltung der Selbstständigkeit im häuslichen Bereich. Die Rehabilitationsfähigkeit sei eindeutig gegeben, ebenfalls sei eine Verbesserung zu erwarten, wenn auch nicht unbedingt messbar. Dazu äußerte sich Dr. Kr. vom MDK in U. unter dem 19. Oktober 2005 dahin, dass die vorgelegten Unterlagen deutlich machten, dass eine stationäre Rehabilitation wenig erfolgreich sei. Dies gehe aus dem Bericht der Klinik in Davos-Wolfgang hervor. Danach sei die Compliance des Klägers vermutlich infolge seiner paranoiden Psychose hochgradig eingeschränkt und damit auch die Rehabilitationsfähigkeit. Entgegen der Angabe der behandelnden Hausärztin sei auch 2002 ein relevanter Rehabilitationserfolg nicht zu verzeichnen gewesen. Es sei unklar, inwieweit der Kläger die Nikotinabstinenz eingehalten habe. Ein realistisches Rehabilitationspotential könne nicht nachvollzogen werden. Mit Schreiben vom 24. Oktober 2005 bestätigte danach die Beklagte gegenüber dem Kläger die ablehnende Entscheidung. Am 19. Januar 2006 legte der Kläger Arztbriefe des Dr. S. vom 01. Dezember 2005 sowie des Dr. W., Internist - Lungen- und Bronchialheilkunde - Allergologie, vom 03. Januar 2006 vor. Die Ärztin O.-R. beantragte am 02. Februar 2006 für den Kläger erneut eine stationäre Therapie in der Klinik in Davos. 2002 sei nach der Therapie die Lungenfunktion des Klägers zu 50 vom Hundert (v.H.) eingeschränkt gewesen, während jetzt eine Einschränkung von 70 v.H. bestehe. Mit Schreiben vom 06. Februar und 06. März 2006 lehnte die Beklagte gegenüber dem Kläger erneut die Gewährung einer stationären Rehabilitation ab. Danach bestand der Kläger weiterhin auf der Gewährung einer stationären Behandlung in Davos, weil sich sein Zustand nicht genetisch erklären lasse, sondern durch ärztliches Unvermögen und aufgrund von Nebenwirkungen nach falschen Diagnosen sowie durch falsche Medikamente. Nur der Aufenthalt in Davos im Mai 2002 habe tatsächlich eine nachhaltige Verbesserung seines Zustands erbracht. Auch nur dort könne die bei ihm bestehende Schimmelpilzsporenbelastung untersucht werden. Im Übrigen habe Davos im Hinblick auf die Höhenlage, die Luft sowie die Schadstoffarmut und die Schimmelpilzfreiheit mehrere Vorteile. Aus dem vorgelegten vorläufigen Entlassungsbericht der Klinik in St. Blasien vom 10. Mai 2006 ergebe sich, dass seine bisher falsch behandelte Lunge jetzt bereits sieben zusätzliche Krankheitsbilder zeige. Es ergebe sich jetzt ein 70%iger Lungenvolumenverlust. Der Widerspruch des Klägers blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid des bei der Beklagten gebildeten Widerspruchsausschusses vom 02. Juni 2006). Der Widerspruchsausschuss verwies auf die Gutachten vom 24. August und 19. Oktober 2005.

Deswegen erhob der Kläger am 29. Juni 2006 Klage beim Sozialgericht Ulm (SG). Der Kläger legte zahlreiche Unterlagen vor und wiederholte im Wesentlichen sein bisheriges Vorbringen. Er begehre eine stationäre Heilbehandlung von mindestens sechs Wochen in Davos. Dort solle auch eine Abklärung der bei ihm seit 1995 gestellten total falschen Diagnosen erfolgen. Die falschen Diagnosen und die dadurch bedingte bisherige falsche Heilbehandlung habe dazu geführt, dass bei ihm der Lungenvolumensollwert von 75 v.H. (1998) auf jetzt 35 v.H. abgesunken sei. Es gehe ihm auch um die Schimmelpilzsporenbelastung. Er sei weder genetisch noch aufgrund falscher Verhaltensweise krank. Die Ärztin O.-R. und Dr. W. hätten die Durchführung der begehrten stationären Rehabilitation in Davos befürwortet. Die ihn behandelnden Ärzte entbinde er nicht von der Schweigepflicht. Die Beklagte trat der Klage unter Vorlage ihrer Verwaltungsakten entgegen. Das SG wies die Klage mit Gerichtsbescheid vom 05. September 2006, der dem Kläger am 14. September 2006 zugestellt wurde, ab. Die Voraussetzungen für eine stationäre Rehabilitation lägen nicht vor, denn die beim Kläger bestehenden Erkrankungen seien einer ambulanten Behandlung zugänglich. Eine Ausschöpfung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten sei nicht ersichtlich. Insbesondere der vorläufige Entlassungsbericht der Klinik in St. Blasien beschreibe die Notwendigkeit einer medikamentösen Therapie und zugleich die fehlende Bereitschaft des Klägers, sich therapieren zu lassen. Im Übrigen wird auf die Entscheidungsgründe Bezug genommen.

Gegen den Gerichtsbescheid hat der Kläger am 10. Oktober 2006 schriftlich Berufung beim Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Er hat Unterlagen vorgelegt und wiederholt sein bisheriges Vorbringen. Bei ihm seien seit 1995 Falschbehandlungen vorgenommen worden. Dadurch sei es zu einer Grundschädigung seines Immunsystems gekommen. Der Aufenthalt in Davos im Mai 2002 habe für ihn eine überraschend positive Wirkung gehabt, und zwar ohne die Einnahme von Medikamenten. Von dort seien ihm zunächst Wanderungen und nach zwei Wochen zusätzlich Fahrradfahren auf einem Hometrainer empfohlen worden. Er benötige gerade weniger Sauerstoff und geringeren Luftdruck zur Gefäßerweiterung sowie den täglichen Wechsel von extrem niedriger zu extrem hoher Luftfeuchtigkeit. Er rauche, um die Puls- und Stoffwechselfrequenz zu erniedrigen, und zwar zusätzlich zu seinen Medikamenten täglich morgens und abends jeweils zwei Zigaretten. Nach dem Aufenthalt in Davos sei er fast zwei Jahre lang ohne Medikamente ausgekommen.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Ulm vom 05. September 2006 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 29. August und 24. Oktober 2005 sowie vom 06. Februar und 06. März 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02. Juni 2006 zu verurteilen, ihm eine stationäre Rehabilitationsbehandlung für die Dauer von sechs Wochen - beginnend Ende April/Anfang Mai 2008 - in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angegriffenen Gerichtsbescheid und die streitbefangenen Bescheide für zutreffend. Die Beklagte hat folgende Unterlagen vorgelegt: Verordnung von medizinischer Rehabilitation der Ärztin O.-R. vom 23. Februar 2007, Arztbrief des Dr. W. vom 26. Januar 2007, Ergebnisdokumentation: Sozialmedizinische Fallberatung des MDK vom 14. März und 25. Juli 2007, Schreiben an die Ärztin O.-R. vom 14. März und 25. Juli 2007.

Der Berichterstatter des Senats hat eine schriftliche Anfrage als sachverständige Zeugin an die Ärztin für Allgemeinmedizin O.-R. vom 04. April 2007 gerichtet, die unter dem 17. April 2007 mitgeteilt habe, der Kläger habe ihr mit dem vorgelegten Schreiben vom 11. April 2007 untersagt, die Anfrage zu den nach dem 20. Juli 2005 durchgeführten Behandlungen und zu den erhobenen Diagnosen zu beantworten.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten sowie auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist statthaft und zulässig, jedoch nicht begründet. Die Bescheide der Beklagten vom 29. August und 24. Oktober 2005 sowie vom 06. Februar und 06. März 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02. Juni 2006 sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Er hat keinen Anspruch darauf, dass die Beklagte ihm eine stationäre Rehabilitation in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang über eine Dauer von sechs Wochen, die er nun allerdings erst Ende April/Mai 2008 antreten will, zur Verfügung zu stellen hat, wie das SG zutreffend entschieden hat.

Nach [§ 11 Abs. 1 Nr. 4](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) haben Versicherte Anspruch auf Behandlung einer Krankheit. Nach [§ 11 Abs. 2 SGB V](#) haben Versicherte auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltsichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu vermindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Leistungen der aktivierenden Pflege nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit werden von den Pflegekassen erbracht. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Satz 1 werden unter Beachtung des Neunten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) erbracht, soweit im SGB V nichts anderes bestimmt ist. Nach [§ 40 Abs. 1 SGB V](#), der hier in der ab 01. April 2007 geltenden Fassung des Gesetzes vom 26. März 2007, [BGBl. I S. 378](#), anzuwenden ist, gilt für die ambulante Rehabilitation: Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in [§ 11 Abs. 2 SGB V](#) beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, durch wohnortnahe Einrichtungen. Leistungen nach Satz 1 sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach [§ 72 Abs. 1](#) des Elften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB XI) zu erbringen. Reicht eine Leistung der ambulanten Rehabilitation wiederum nicht aus, erbringt die Krankenkasse nach [§ 40 Abs. 3 SGB V](#) stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach [§ 20 Abs. 2a SGB IX](#) zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht. Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, mit der kein Versorgungsvertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen (Satz 1 und 2 der Vorschrift). Die Krankenkasse bestimmt nach [§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) nach den medizinischen Erfordernissen im Einzelfall Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Abs. 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Leistungen nach Abs. 1 (ambulante Rehabilitation) sollen für längstens 20 Behandlungstage, Leistungen nach Abs. 2 (stationäre Rehabilitation) für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich (Satz 2 der Vorschrift). Der Anspruch auf stationäre Rehabilitation setzt insoweit Behandlungsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und eine Rehabilitationsprognose voraus. Dies wird durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien (Reha-RL)) konkretisiert. Danach besteht Rehabilitationsbedürftigkeit, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität vorliegen, durch die in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen oder über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist (§ 8 Satz 1 Reha-RL). Rehabilitationsfähig ist nach § 9 a.a.O. ein Versicherter, wenn er aufgrund seiner somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendige Belastbarkeit und Motivation oder Motivierbarkeit besitzt. Die notwendige Rehabilitationsprognose ist nach § 10 a.a.O. eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung der medizinischen Rehabilitation auf der Basis der Erkrankung oder Behinderung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials und der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller positiver Kontextfaktoren sowie über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels durch eine geeignete Leistung zur medizinischen Rehabilitation in einem notwendigen Zeitraum.

Bezogen auf die vom Kläger beanspruchte sechswöchige stationäre Rehabilitation in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang Ende April/Anfang Mai 2008 vermag der Senat weder eine Rehabilitationsbedürftigkeit noch eine entsprechende positive Rehabilitationsprognose zu stellen. Insoweit schließt sich der Senat den Beurteilungen des Dr. La. vom 24. August 2005 und des Dr. Kr. vom 19. Oktober 2005 an Entgegen der Ansicht des Klägers, der sich auf die entsprechenden Verordnungen der ihn behandelnden Ärztin O.-R. beruft, die er jedoch nicht von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden hat, lässt sich schon nicht feststellen, dass die beim Kläger vom 25. April bis 23. Mai 2002 durchgeführte stationäre Rehabilitation in der oben genannten Klinik im Hinblick auf die bei ihm bestehende chronisch-obstruktive Bronchitis zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands geführt hatte. Mithin ergibt sich aus der Behandlung im Jahre 2002 nicht die zwangsläufige Schlussfolgerung, dass nunmehr (Ende April/Anfang Mai 2008) erneut eine derartige stationäre Rehabilitation unter dem Einfluss des Hochgebirgsklimas notwendig wäre. In dem Entlassungsbericht des PD Dr. M. vom 28. Mai 2002 war ausdrücklich festgestellt worden, dass eine Besserung des Zustands des Klägers nicht habe erreicht werden könnten. Im Übrigen war darauf hingewiesen worden, dass sich die Führung des Klägers während der stationären Rehabilitation im Hinblick auf die bestehende paranoide Psychose als äußerst schwierig erwiesen hatte. Insoweit reagierte er beispielsweise auf die Aufforderung, nicht mehr zu rauchen, gereizt und aggressiv. Die dort auch ausgesprochene Empfehlung dringender Nikotinabstinenz hat der Kläger seinen Angaben zufolge nicht eingehalten. Der Kläger räumt selbst ein, jedenfalls täglich vier Zigaretten nach wie vor zu rauchen.

Der Umstand, dass beim Kläger, bei dem ersichtlich seit 2001 beispielsweise eine Sauerstoff-Langzeittherapie durchgeführt wird, wie der Senat dem Entlassungsbericht des Dr. S. vom 10. Mai 2006 entnimmt, seit Mai 2002 lungenfachärztlich/internistische Krankenhausbehandlungen stattgefunden haben, nämlich vom 02. bis 06. Juli 2004 in der Zusatzklinik und vom 03. bis 11. Mai 2006 in der Klinik St. Blasien, rechtfertigt nicht die Annahme, dass über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der stationären medizinischen Rehabilitation erforderlich ist. Beispielsweise ergeben sich aus dem Entlassungsbericht des Dr. M.-W. vom 06. Juli 2004 Optionen der kurativen Versorgung. Therapeutisch wurde zunächst eine systematische Cortisontherapie empfohlen, die der Kläger jedoch ablehnte. Einer inhalativen bronchodilatatorischen Medikation stand er ebenfalls skeptisch gegenüber. In Anbetracht der vom Kläger vermuteten Schimmelpilzsporenbelastung im häuslichen Umfeld wurde ihm empfohlen, in den verdächtigen Räumen Schimmelpilzsporenplatten aufzustellen. In Abhängigkeit von dem entsprechenden Ergebnis sollte dann eine gezielte allergologisch-immunologische Diagnostik erfolgen. Ferner schien eine thyreostatische Therapie prinzipiell indiziert. Auch nach dem Entlassungsbericht des Dr. S. vom 10. Mai 2006 war der Kläger im Hinblick auf eine manifeste Hyperthyreose mit Tachyarrhythmia absoluta nicht bereit, die Notwendigkeit einer medikamentösen Therapie nachzuvollziehen. Dort wünschte der Kläger vor allem die differentialdiagnostische Aufarbeitung der angegebenen Schimmelpilzbelastung vorzugsweise in Davos. Weiter entnimmt der Senat dem Arztbrief des Dr. W. vom 03. Januar 2006, dass es ihm dort auf der einen Seite zwar um eine fachärztliche Abklärung seiner Beschwerden, die er auf eine frühere Schimmelpilzexposition zurückführte, ging, er andererseits jedoch nicht zu invasiven Untersuchungen bereit war. Ferner hat Dr. W. im Arztbrief vom 26. Januar 2007 darauf hingewiesen, dass die beim Kläger bestehende Hyperthyreose eine Therapie erforderlich mache, und zwar medikamentös bzw. eventuell eine Operation oder eine Radiojodtherapie. Im Hinblick auf diese zahlreichen Therapieoptionen, bezüglich der nicht feststellbar ist, welche Behandlungen beispielsweise tatsächlich durchgeführt worden sind, zumal der Kläger der ihn behandelnden Ärztin O.-R. untersagt hat, eine Anfrage des Gerichts zu den nach dem 20. Juli 2005 durchgeführten Behandlungen zu beantworten, ergibt sich im Übrigen die Rehabilitationsbedürftigkeit des Klägers hinsichtlich der Durchführung einer stationären Rehabilitation auch nicht daraus, dass Dr. W. im Arztbrief vom 26. Januar 2007 allgemein eine Rehabilitationsbehandlung vor allem im schimmelpilzarmen Hochgebirgsklima aufgrund der nachlassenden Leistungsfähigkeit, der Komorbidität und der Gewichtsabnahme für indiziert ansieht. Soweit die behandelnde Ärztin O.-R. von einer stationären Aufnahme auch die weitere Abklärung einer Alveolitis durch Schimmelpilzsporenbelastung erwartet, rechtfertigt dies nicht die Rehabilitationsbedürftigkeit im Sinne der Durchführung einer stationären Rehabilitation.

Danach vermag der Senat auch keine positive Rehabilitationsprognose zu stellen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die behandelnde Ärztin O.-R. die in ihren Verordnungen angenommene Bejahung einer Rehabilitationsprognose in ihrem Schreiben vom 22. Juli 2007 insoweit relativiert hat. Danach erwartet sie zwar von einer stationären Rehabilitation in Davos eine länger anhaltende Verbesserung des durch die Lungenerkrankung stark beeinträchtigten Allgemeinzustands des Klägers. Sie schränkt dies jedoch dahin ein, dass sich diese Erwartung nur schwer darstellen lasse. Der den Kläger behandelnde Facharzt für Psychiatrie Dr. S. hat im Arztbrief vom 01. Dezember 2005 dargelegt, eine Kurmaßnahme wäre beim Kläger sicherlich deswegen gut, damit er ein bisschen Abstand bekomme und er das Gefühl habe, dass er auch einmal etwas bekomme und nicht nur schikaniert werde. Auch daraus kann jedoch eine Rehabilitationsbedürftigkeit im Hinblick auf die Notwendigkeit der Durchführung einer stationären Rehabilitation und eine entsprechende Rehabilitationsprognose nicht hergeleitet werden.

Ferner vermag der Senat auch die Rehabilitationsfähigkeit für eine stationäre Rehabilitation nicht zu bejahen. Bereits im April/Mai 2002 zeigte sich, dass der Kläger im Hinblick auf die bei ihm bestehende paranoide Psychose während der stationären Rehabilitation äußerst schwierig zu führen war. Insoweit ergab sich auch ein sehr wechselhaftes Befinden. Ferner hat es der Kläger, wie der Senat auch dem Arztbrief des Dr. S. vom 01. Dezember 2005 entnimmt, abgelehnt, ein von diesem für indiziert angesehenes beruhigendes Neuroleptikum einzunehmen, obwohl nach der Einschätzung des Arztes davon auszugehen sei, dass beim Kläger der Stress durch die paranoiden Wahrnehmungen und Deutungen die von ihm geäußerte Angststörung fördere und auslöse. Abgesehen davon, dass insoweit im Rahmen der paranoiden Psychose beim Kläger Möglichkeiten der kurativen Versorgung bestehen, überzeugt es den Senat nicht, wenn die Ärztin O.-R. im Schreiben vom 22. Juli 2007 annimmt, dass die beim Kläger bestehende psychische Situation einer Rehabilitationsfähigkeit hinsichtlich der Durchführung einer stationären Rehabilitation in Davos nicht entgegenstehe, zumal die Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 29. September 2005 auch darauf hingewiesen hat, dass beim Kläger panikartige Symptome bei Situationen mit Atemnot auftraten. Nach der fachärztlichen Einschätzung des Dr. S. fördert der Stress durch die paranoiden Wahrnehmungen und Deutungen eine derartige Angststörung und löst sie aus. Im Hinblick auf die fehlende Krankheitseinsicht im Hinblick auf die paranoide Psychose und deren Behandlung erscheint daher die Rehabilitationsfähigkeit auch nicht gegeben.

Die Erhebung eines Sachverständigengutachtens war nicht geboten.

Danach war die Berufung zurückzuweisen.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-11-01