

L 4 KR 5480/08

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 1 KR 5740/07
Datum
22.10.2008
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 5480/08
Datum
24.04.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 22. Oktober 2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Beklagte verpflichtet ist, dem Kläger eine stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlung zu gewähren.

Der am 1936 geborene Kläger ist als Rentner bei der Beklagten versichert. Bei ihm besteht ein Verdacht auf eine abgelaufene Pleuropneumonie rechts. Des Weiteren leidet der Kläger in erster Linie an Diabetes mellitus Typ II und an Hypertonie.

Am 16. April 2007 ging bei der Beklagten der Antrag des Arztes für Allgemeinmedizin Dr. H. zur Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten ein. Als Diagnosen nannte er Diabetes mellitus Typ II, Hypertonie, Zustand nach Bandscheibenvorfall und unklarer Lungenrundherd. Eine medizinische Rehabilitationsleistung erscheine aussichtsreich, da eine Einschränkung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft drohe oder bereits gegeben sei. Unter dem 18. April 2007 bat die Beklagte Dr. H., die Verordnung von medizinischer Rehabilitation zu ergänzen. Gleichzeitig schlug sie aufgrund der Hauptdiagnose Diabetes mellitus Typ II die Park-Klinik B. H. in B. D. vor. In der Verordnung von medizinischer Rehabilitation des Dr. H. vom 19. April 2007 gab dieser als wesentliche Beschwerden Magenbeschwerden, Ängste wegen Lungenkrankheit und Diabetes mellitus an. Als weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen nannte er Hypertonie und unklaren Schwächezustand. Inhaltliche Schwerpunkte der Rehabilitationsmaßnahme seien eine psychologische Mitbetreuung und die Ernährung bzw. Diabetesberatung. Beigefügt war der Arztbrief des Facharztes für Radiologische Diagnostik K. vom 30. März 2007, wonach der morphologische Verlauf die klinische Verdachtsdiagnose einer am ehesten atypischen (zum Beispiel viralen) Pneumonie rechts unterstütze. Der Rundschatten im Unterfeld rechts sei nicht größer geworden. Eine Verlaufskontrolle sei in drei bis sechs Monaten sinnvoll. Beigefügt waren des Weiteren der Arztbrief des Internisten und Pneumologen Dr. R. vom 19. März 2007 und des Internisten Dr. F. vom 13. September 2005. Dr. R. nannte folgende Diagnosen: unklarer Röntgenbefund der Lunge, Verdacht auf abgelaufene Pleuropneumonie rechts und arterielle Hypertonie. Die Bronchoskopie habe keinen auffälligen Befund - bis auf Hinweise auf leichte entzündliche Veränderungen im radiologisch veränderten Gebiet - ergeben. Am wahrscheinlichsten liege eine abgeklungene Pleuropneumonie vor. Die Schmerzen dürften zusätzlich möglicherweise orthopädisch bedingt sein. Weil insgesamt ein Tumor unwahrscheinlich sei, sei eine Verlaufskontrolle in vier Wochen vereinbart worden. Dr. F. nannte folgende Diagnosen: axiale Hiatusgleithernie mit zum Untersuchungszeitpunkt geringen Refluxzeichen, geringfügige Antrumgastritis sowie Verdacht auf Gastroparese bei Diabetes mellitus Typ II und empfahl eine medikamentöse Therapie.

Unter dem 20. April 2007 teilte der Kläger der Beklagten mit, dass ihm von seinem Hausarzt eine "Kur" wegen Schmerzen und Auffälligkeiten im Thoraxbereich, Magen- und Darmbeschwerden, Diabetes mellitus Typ II und Hypertonie verschrieben worden sei. Da für diese Leiden eine entsprechende Indikation in B. K. bestehe, bitte er, eine "Kur" in B. K. zu genehmigen. Am 25. April 2007 ging bei der Beklagten der vom Kläger unterschriebene schriftliche Antrag auf eine stationäre Leistung zur Rehabilitation ein. Die Beklagte wandte sich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK). Dr. C. führte in seiner sozialmedizinischen Beratung vom 26. April 2007 aus, aufgrund der vorliegenden Unterlagen ergäben sich keine Hinweise darauf, dass die weiterhin zweifellos erforderliche Behandlung ausschließlich im Rahmen einer vorgezogenen stationär durchzuführenden Maßnahme sichergestellt werden könne. Vorrangig zu verweisen sei auf entsprechende Behandlungen nach Einzelverordnung. Mit Bescheid vom 03. Mai 2007 lehnte die Beklagte unter Hinweis auf die Stellungnahme des MDK vom 26. April 2007 den Antrag ab. Der Kläger wurde gebeten, sich wegen der weiteren

Therapiegestaltung an seinen behandelnden Arzt zu wenden. Der Bescheid enthielt keine Rechtsbehelfsbelehrung. Der Kläger bat mit Schreiben vom 05. Mai 2007 um einen Bescheid mit "Rechtsmittelbelehrung", da er Widerspruch gegen diese Entscheidung einlegen wolle. Unter dem 15. Mai 2007 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass sie sein Schreiben vom 05. Mai 2007 als Widerspruch werte. Der Kläger legte das ärztliche Attest von Dr. Fr. vom 23. Mai 2007 vor. Danach werde der Kläger von einer stationären Rehabilitationsmaßnahme profitieren. Er sei durch den unklaren Rundherd in der Lunge sehr verunsichert und es lägen starke Ängste vor. Eine ambulante Psychotherapie sei bisher nicht in die Wege geleitet worden, da man davon ausgegangen sei, dass die Verarbeitung durch eine Rehabilitationsmaßnahme bewältigt werden könne. Die Beklagte holte daraufhin das Gutachten des Dr. M. vom MDK vom 24. Juli 2007 nach Aktenlage ein. Danach ergäben sich aus dem Attest von Dr. Fr. keine neuen medizinischen Aspekte. Hinsichtlich des Diabetes mellitus sei eine Schulung im ambulanten vertragsärztlichen Bereich adäquat möglich. Die orale Therapie könne unter Angabe einer Monotherapie mit Glibenclamid als nicht ausgeschöpft angesehen werden. Somit sei die ambulante Therapie vorrangig. Bezüglich der Ängste bei unklarem Lungenrundherd ergebe sich keine positive Rehaprognose durch eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme. Auch hier sei primär auf fachärztliche Behandlung zu verweisen. Hinsichtlich der Reflux-ösophagitis bestünden ausreichend ambulante medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten. Insgesamt lasse sich die Notwendigkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme sozialmedizinisch nicht bestätigen. Mit Bescheid vom 31. Juli 2007, der eine Rechtsbehelfsbelehrung enthielt, lehnte die Beklagte den Antrag des Klägers unter Hinweis auf das Gutachten des MDK vom 24. Juli 2007 erneut ab. Da er jedoch am strukturierten Behandlungsprogramm für chronisch kranke Patienten (Disease Management Programme) teilnehme, wolle man ihm ein Alternativangebot unterbreiten. In der Gesprächsnotiz vom 02. August 2007 hielt die Beklagte fest, dass der Kläger eine alternative 14-tägige Diabetesschulung in B. H. ablehne, da er hieran kein Interesse habe. Unter dem 02. August 2007 teilte der Kläger mit, dass er aufgrund der festgestellten Auffälligkeiten im Thoraxbereich weiterhin auf eine entsprechende Behandlung bestehe und seinen Widerspruch aufrecht erhalte. Der Widerspruchsausschuss der Beklagten wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 30. Oktober 2007 zurück. Da nach den Empfehlungen des MDK medizinische Gründe für die Durchführung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme nicht vorlägen, komme eine Kostenübernahme für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht in Betracht. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich seien, könnten Versicherte nicht beanspruchen und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Hiergegen erhob der Kläger am 05. November 2007 Klage beim Sozialgericht Freiburg (SG). Er wandte ein, er sei zu keinem Zeitpunkt vom MDK körperlich untersucht worden. Auch seien seine Thorax-CT-Aufnahmen nicht angefordert oder eingesehen worden. Er leide an Schmerzen und Auffälligkeiten im Thoraxbereich, an Magen- und Darmbeschwerden, an Diabetes mellitus Typ II und an Hypertonie. Er wolle deshalb eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in B. K., da dort für alle seine Leiden eine entsprechende Behandlungsmöglichkeit bestehe. Deshalb habe er die ihm angebotene 14-tägige stationäre Rehabilitationsmaßnahme in der Park-Klinik B. H. abgelehnt. Des Weiteren sei sein Nachbarhaus, das nur wenige Meter entfernt sei, vollkommen mit Eternit-Asbestplatten gedeckt, sodass die Möglichkeit bestehe, dass seine Lungenbeschwerden daher herrührten. Zur weiteren Begründung legte er ein Schreiben vom 01. Oktober 2008 an den Justizminister des Landes Baden-Württemberg, Prof. Dr. Ulrich Goll, vor, in dem er tabellarisch die bisher erfolgten Untersuchungen und den erfolgten Briefwechsel darstellte.

Die Beklagte trat der Klage unter Hinweis auf den angefochtenen Widerspruchsbescheid entgegen.

Das SG erhob das Gutachten des Internisten Prof. Dr. Z. vom 29. Januar 2008. Er nannte als Diagnosen Verdacht auf abgelaufene Pleuropneumonie rechts basal mit bronchoskopisch im März 2007 noch vorhandenen, geringen entzündlichen Veränderungen und im CT-Thorax kleinem, vier Millimeter großem, subpleuralem Rundherd rechts dorsales Unterfeld (wahrscheinlich Residuum, insgesamt unverdächtig), jetzt radiologisch unauffälliger Herz-Lungenbefund ohne Hinweis auf bedeutsame Residuen im rechten Unterfeld, Diabetes mellitus, derzeit medikamentös gut eingestellt, bekannte Hiatusgleithernie ohne wesentliche Refluxzeichen ("CLO-Test negativ"), Fettleber, Bauchaortensklerose, geringe diastolische LV-Funktionsstörung bei normaler globaler LV-Pumpfunktion und normalem linken und rechten Ventrikel (Ausschluss Vitium cordis), leichte Prostatahypertrophie, Colondivertikel, Verdacht auf leichtgradige, beginnende diabetische Polyneuropathie distal beide Beine, Zustand nach Katarakt-Operation rechtes Auge und Verdacht auf degenerative Brustwirbelsäulen (BWS)- und Lendenwirbelsäulen (LWS)-Veränderungen (derzeit ohne Behandlungsnotwendigkeit). Eine ambulante Krankenhausbehandlung oder eine ambulante Rehabilitationsleistung reiche aus, um die Behinderung oder Pflegebedürftigkeit des Klägers abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten bzw. ihre Folgen zu mindern. Insgesamt sei festzustellen, dass hinsichtlich der bei dem Kläger vorliegenden Erkrankungen und/oder Behinderungen ambulante Rehabilitationsleistungen mit Sicherheit absolut ausreichend seien.

Mit Gerichtsbescheid vom 22. Oktober 2008 wies das SG die Klage ab. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Bewilligung einer stationären medizinischen Rehabilitationsleistung. Erst wenn ambulante Leistungen nicht ausreichen, bestehe ein Anspruch auf stationäre Rehabilitationsleistungen. Nach § 7 Abs. 2 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V](#) vom 16. März 2004 (RehaRL) könnten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur verordnet werden, wenn das innerhalb der Krankenbehandlung angestrebte Rehabilitationsziel voraussichtlich nicht durch Leistungen der kurativen Versorgung oder deren in Kombination bzw. durch Leistungen der medizinischen Vorsorge nach [§§ 23](#) und [24](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) erreicht werden könne, die Leistung zur medizinischen Rehabilitation dafür jedoch eine hinreichende Aussicht auf Erfolg biete. Aus dem Gutachten des Prof. Dr. Z. vom 29. Januar 2008 ergebe sich, dass zur Behandlung der Erkrankung des Klägers ambulante Krankenhausbehandlung oder ambulante Rehabilitationsleistungen ausreichen. Bedeutsame Residuen im rechten Unterfeld bestünden nicht, die Diabetes mellitus-Erkrankung sei medikamentös gut eingestellt und die bekannte Hiatusgleithernie zeige sich ohne wesentliche Refluxzeichen. Auch die weiteren festgestellten Erkrankungen könnten im Rahmen einer ambulanten Krankenhausbehandlung oder ambulanten Rehabilitationsleistung ausreichend therapiert werden.

Gegen den am 28. Oktober 2008 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 26. November 2008 schriftlich Berufung beim Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Er wolle weiterhin eine stationäre "Kur" wegen Schmerzen im Thoraxbereich und anlässlich von CT-Aufnahmen am 15. Februar und 29. März 2007 festgestellten Auffälligkeiten der Lunge, wegen Schmerzen im Magenbereich (Bruch zwischen Speiseröhre und Zwerchfell) und Darmbereich (sehr ausgeprägte Divertikulose), wegen Diabetes mellitus und Hypertonie sowie wegen unklarem Schwächezustand. Die von der Beklagten angebotene 14-tägige stationäre "Kur" für Diabetiker in der Klinik B. H. sei von ihm deshalb nicht angenommen worden, weil es ihm primär um die Behandlung der festgestellten Auffälligkeiten im Thoraxbereich gehe. In B. K. könne dieses sowie die anderen genannten Leiden behandelt werden. Des Weiteren hätten bislang durchgeführte ambulante Behandlungsmaßnahmen keinen wesentlichen Erfolg gebracht. Er verspüre seit längerer Zeit wieder vermehrt Schmerzen in der Lungen-

und Bauchgegend. Durch die Zunahme der Beschwerdesymptomatik sei die Antriebs- und Anpassungsfähigkeit bezüglich der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gestört. Der Grübelzwang verstärke sich und das Allgemeinbefinden habe sich nicht unwesentlich verschlechtert. Sorge bereite ihm die Diagnose "Verdacht auf Pleuropneumonie", da nicht nachgewiesen sei, dass es sich nicht um eine maligne Krankheit handle. Er verspreche sich von einer gezielten stationären Heilbehandlung eine erhebliche Besserung seines Gesundheitszustands und seines Allgemeinbefindens. Es sei zweckmäßig, das 14-tägige stationäre "Kurangebot" auf drei Wochen zu erweitern, um alle Krankheiten zu behandeln. Auch sei eine gezielte stationäre Behandlung erfolversprechender und kostengünstiger als eine ambulante Dauerbehandlung. Zur weiteren Begründung hat der Kläger den Arztbrief des Facharztes für Radiologische Diagnostik K. vom 15. Februar 2007 vorgelegt, wonach ein flaves interstitielles Infiltrat von etwa drei mal vier cm Größe im rechten peripheren Mittelfeld bei unklarer Ätiologie vorliege sowie ein kleiner Rundschaten subpleural im rechten lateralen Unterfeld. Da neben einer atypischen Pneumonie auch eine interstitielle Lungenerkrankung oder ein Tumorgeschehen mit einer beginnenden pulmonalen Metastasierung nicht ausgeschlossen werden könne, werde eine Bronchoskopie zur weitergehenden Abklärung empfohlen.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 22. Oktober 2008 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 03. Mai 2007 und 31. Juli 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 30. Oktober 2007 zu verurteilen, ihm stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung des SG für zutreffend. Es lägen keine Gründe vor, die zu einer Verpflichtung zur Kostenübernahme der stationären Rehabilitationsmaßnahme führen könnten. Aufgrund der vorhandenen medizinischen Unterlagen sei schlüssig und überzeugend nachgewiesen, dass keine Gesundheitsstörungen vorlägen, die es notwendig machten, eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme durchzuführen.

Der Berichterstatter hat das Sach- und Streitverhältnis mit den Beteiligten im Rahmen der nichtöffentlichen Sitzung am 27. Februar 2009 erörtert. Auf die Niederschrift wird Bezug genommen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte und auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat nach [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG](#) durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist statthaft und zulässig, aber nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Bescheide der Beklagten vom 03. Mai 2007 und 31. Juli 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 30. Oktober 2007 sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die Bewilligung einer stationären medizinischen Rehabilitationsbehandlung entsprechend der Verordnung des Dr. H. vom 19. April 2007.

1. Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V](#) umfasst der Krankenbehandlungsanspruch auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen. [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 ([BGBl. I S. 378](#)), in Kraft seit 01. April 2007, die hier anzuwenden ist, bestimmt hierzu, dass 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, in wohnortnahen Einrichtungen erbringt, wenn bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht, um die in [§ 11 Abs. 2 SGB V](#) beschriebenen Ziele zu erreichen. Nach [§ 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Reichen Leistungen der ambulanten Rehabilitation nicht aus, erbringt die Krankenkasse gemäß [§ 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht. [§ 7 Abs. 1 RehaRL](#) führt in diesem Zusammenhang weiter aus, dass Voraussetzung für die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation das Vorliegen der medizinischen Indikation ist. Hierzu sind im Sinne eines vorläufigen rehabilitationsmedizinischen Assessments die Rehabilitationsbedürftigkeit ([§ 8 RehaRL](#)), die Rehabilitationsfähigkeit ([§ 9 RehaRL](#)) und eine positive Rehabilitationsprognose ([§ 10 RehaRL](#)) auf der Grundlage realistischer, für den Versicherten alltagsrelevanter Rehabilitationsziele abzuklären. Nach [§ 7 Abs. 2 RehaRL](#) können Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur verordnet werden, wenn das innerhalb der Krankenbehandlung angestrebte Rehabilitationsziel voraussichtlich nicht durch Leistungen der kurativen Versorgung oder deren Kombination oder durch Leistungen der medizinischen Vorsorge nach [§§ 23 und 24 SGB V](#) erreicht werden kann. Nach [§ 11 Abs. 1 Satz 2 RehaRL](#) sind nur solche Vertragsärzte berechtigt, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu fordern, die über eine entsprechende rehabilitationsmedizinische Qualifikation verfügen und eine entsprechende Genehmigung besitzen.

Der Kläger hat aufgrund der bei ihm vorliegenden Erkrankungen Anspruch auf Krankenbehandlung. Bei ihm besteht ein Verdacht auf eine abgelaufene Pleuropneumonie rechts basal mit bronchoskopisch im März 2007 noch vorhandenen, geringen entzündlichen Veränderungen. Des Weiteren zeigte sich bei einer CT-Aufnahme im Thoraxbereich ein kleiner vier Millimeter großer subpleuraler Rundherd rechts im dorsalen Unterfeld. Zudem leidet der Kläger an Diabetes mellitus Typ II, an einer Hiatusgleithernie, an einer Fettleber, an einer

Bauchaortensklerose, an einer geringen diastolischen LV-Funktionsstörung bei normaler globaler LV-Pumpfunktion, an einer leichten Prostatahypertrophie und an Colondivertikeln. Darüber hinaus besteht ein Verdacht auf leichtgradige, beginnende diabetische Polyneuropathie distal an beiden Beinen, ein Verdacht auf degenerative BWS-/LWS-Veränderungen und ein Zustand nach Kataraktoperation am rechten Auge. Dies entnimmt der Senat dem Gutachten des Prof. Dr. Z. vom 29. Januar 2008. Entsprechende Befunde wurden allerdings auch schon von den behandelnden Ärzten erhoben (vgl. Verordnung von medizinischer Rehabilitation des Dr. H. vom 19. April 2007, Arztbriefe des Facharztes K. vom 15. Februar und 30. März 2007, Arztbrief des Dr. R. vom 19. März 2007 und Arztbrief des Dr. F. vom 13. September 2005).

Der Senat geht davon aus, dass die Erkrankungen des Klägers ambulant behandelt werden können. Damit liegen die Voraussetzungen des [§ 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) nicht vor. Der Senat stützt sich hierbei auf das Gutachten des Prof. Dr. Z. vom 29. Januar 2008. Danach reicht zur Behandlung der Erkrankungen des Klägers eine ambulante Krankenhausbehandlung oder eine ambulante Rehabilitationsleistung aus, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit des Klägers abzuwenden, zu beseitigen, zu lindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern. Dies ist für den Senat auch nachvollziehbar. Denn aufgrund des Gutachtens von Prof. Dr. Z. steht fest, dass beim Kläger ein radiologisch unauffälliger Herz-Lungenbefund ohne Hinweise auf bedeutsame Residuen im rechten Lungenunterfeld besteht. Die Diabetes mellitus-Erkrankung ist medikamentös gut eingestellt. Die Hiatusgleithernie zeigte sich ohne wesentliche Refluxzeichen. Alle übrigen beim Kläger vorliegenden Erkrankungen, die bereits oben genannt wurden, können nach den schlüssigen und überzeugenden Ausführungen des Prof. Dr. Z. in seinem Gutachten vom 29. Januar 2008 im Rahmen einer ambulanten Krankenhausbehandlung oder ambulanten Rehabilitationsleistung ausreichend therapiert werden. Im Übrigen ergab die von Facharzt K. empfohlene und von Dr. R. im März 2007 durchgeführte Bronchoskopie ebenfalls keinen auffälligen Befund (bis auf Hinweise auf leichte entzündliche Veränderungen im radiologisch veränderten Gebiet; vgl. Arztbrief des Dr. R. vom 19. März 2007). Auch er ging davon aus, dass am wahrscheinlichsten eine abgeklungene Pleuropneumonie vorliegt und insgesamt ein Tumor unwahrscheinlich ist. Deshalb empfahl er eine Verlaufskontrolle in vier Wochen. Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass Dr. H. seine Verordnung von medizinischer Rehabilitation vom 19. April 2007 in erster Linie auf die Diagnose Diabetes mellitus gestützt hat. Dieser ist jedoch medikamentös gut eingestellt, was sich aus dem Gutachten des Prof. Dr. Z. vom 29. Januar 2008 ergibt. Soweit der Kläger über Schmerzen klagt, hat Dr. R. in seinem Arztbrief vom 19. März 2007 darauf hingewiesen, dass diese möglicherweise orthopädisch bedingt sind. Hinsichtlich der BWS-/LWS-Veränderungen besteht jedoch derzeit keine Behandlungsnotwendigkeit. Auch dies entnimmt der Senat dem Gutachten des Prof. Dr. Z. vom 29. Januar 2008.

An diesem Ergebnis ändert auch die Einschätzung von Dr. Fr. im Attest vom 23. Mai 2007, wonach der Kläger von einer stationären Rehabilitationsmaßnahme profitieren werde, nichts. Denn Dr. Fr. hat in diesem Attest auch angegeben, dass eine ambulante Psychotherapie bislang nicht in die Wege geleitet worden sei. Auch hieraus ergibt sich mithin, dass die ambulanten Therapiemöglichkeiten nicht ausgeschöpft sind.

2. Lediglich ergänzend weist der Senat darauf hin, dass die Krankenkasse gemäß [§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Abs. 1 und 2 der genannten Vorschrift sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen bestimmt. Diese Regelung trifft mithin grundsätzliche Festlegungen zum Bestimmungsrecht der Krankenkasse über das "wie" der Erbringung von Leistungen zur Rehabilitation. Das Bestimmungsrecht der Krankenkasse umfasst auch die Auswahl der Einrichtung, in der die Leistungen erbracht werden sollen. Es steht nicht dem Versicherten zu, die Rehabilitationseinrichtung zu bestimmen (Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 15. November 1983 - [1 RA 33/83](#) - = [SozR 2200 § 1236 Nr. 43](#)). Dem Versicherten steht lediglich ein Wunschrecht nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1](#) des Neunten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) zu, wonach bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe "berechtigten" Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen wird.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-04-27