

L 11 KR 4828/08

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KR 1321/07
Datum
17.09.2008
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 4828/08
Datum
28.04.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 17. September 2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation streitig.

Der 1942 geborene, bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Kläger ist seit 2002 Rentenbezieher. Er leidet seit einem Autounfall 1975 an einem Polytrauma und einer Trachealstenose mit fixer Obstruktion der Luftröhre. Dies schränkt die Ventilation leicht bis mittelgradig ein. Des Weiteren bestehen degenerative Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule und der Schultergelenke.

Mit Schreiben vom 19. März 2006 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Gewährung einer stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme und legte zur Begründung ein Attest seines behandelnden Internisten Dr. F. vor, wonach er aufgrund der chronischen Lungenerkrankung einer stationären Kurbehandlung bedürfe. Im Vordergrund stünde eine rezidivierende Bronchitis mit Luftnot und Reizhusten, Wirbelsäulenschmerzen im gesamten Bereich (LWS/BWS/HWS) sowie eine reaktive Depression. Es solle eine Schmerzlinderung, eine Medikamentenreduktion sowie eine Verbesserung des Alltagsbefindens erzielt werden. Die letzte Kurmaßnahme sei im Juni 2004 durchgeführt worden.

Die Beklagte veranlasste daraufhin eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Dieser führte aus, dass keine Angaben dazu gemacht worden seien, welche Heilmittel in welcher Häufigkeit auf Rezepten in den letzten zwölf Monaten verordnet worden wären. Somit seien Haus- und/oder Facharztbehandlung und Heilmittelanwendung am Wohnort weiterhin als zweckmäßig und ausreichend zu betrachten.

Mit Bescheid vom 2. August 2006 lehnte die Beklagte daraufhin den Antrag mit der Begründung ab, eine medizinische Notwendigkeit der stationären Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme sei durch den MDK nicht festgestellt worden.

Zur Begründung seines dagegen erhobenen Widerspruchs legte der Kläger eine weitere "Verordnung" von Dr. F. (unter Beifügung von Arztberichten von Dr. I., Dr. L., Dr. R., Dres. O./M. und R.) vor, wonach der Kläger regelmäßige Haus- und Facharztbesuche sowie eine Arzneimitteltherapie durchgeführt habe. Weiter führe er Bewegungs-, Wärme-/Kältetherapie und Inhalationen durch. Ferner gab er seinen Schwerbehindertenausweis zu den Akten, wonach der GdB bei 100 liegt und ihm die Merkzeichen "G" und "aG" zuerkannt worden sind.

Die Beklagte veranlasste daraufhin eine weitere Begutachtung durch den MdK. Dr. G. führte aus, beim Kläger stünden im Vordergrund Beschwerden im Sinne einer chronisch spastischen Bronchitis. Es werde eine häufige Infektneigung mit zäher Verschleimung angegeben. Laut dem Arztbericht der behandelnden Pulmologin hätten sich gegenüber Dezember 2005 keine gravierenden Veränderungen des Befundes ergeben. Zeichen einer hochgradigen Einschränkung der Lungenfunktion z.B. des Sauerstoffpartialdrucks im Blut bestünden nicht. Der Kläger gebe auch keine so weit gehenden Einschränkungen der Mobilität an, dass dies ambulante Maßnahmen ausschließen würde. Am Wohnort könnten zwar keine heilklimatischen Maßnahmen durchgeführt werden. Dies gelte aber nicht für die Maßnahmen hinsichtlich der Wirbelsäulenerkrankung. Bezüglich der gesteigerten Infektneigung und immer wiederkehrenden Bronchiten sei eine ambulante Vorsorge am Kurort ausreichend.

Mit weiterem Bescheid vom 20. Dezember 2006 lehnte die Beklagte daraufhin den Antrag mit der Begründung ab, die Kostenübernahme für die beantragte stationäre Maßnahme sei zwar nach den Feststellungen des MDK nicht möglich, wohl aber eine Beteiligung an den Kosten einer ambulanten Vorsorgemaßnahme. Diese würden die badeärztliche Behandlung, die ortsgebundenen Kurmittel abzüglich der gesetzlichen Eigenbeteiligung und einen Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrtkosten und Kurtaxe umfassen. Die ambulante Vorsorgemaßnahme könne auch in Österreich durchgeführt werden. Die Dauer sei allerdings auf längstens drei Wochen begrenzt.

Mit seinem auch dagegen eingelegten Widerspruch machte der Kläger geltend, ohne die Kur werde ein irreparabler Zustand eintreten, so dass er dann auf Dauertherapie mit Sauerstoff angewiesen sei und es mit seiner Restmobilität vorbei wäre. Alle Fachärzte hätten ihm unabhängig voneinander sehr deutlich eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme empfohlen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 21. März 2007 wies die Beklagte den Widerspruch mit der Begründung zurück, unter Berücksichtigung der Antragsunterlagen und ärztlichen Atteste sei der MDK zu dem Ergebnis gekommen, dass eine ambulante Vorsorgekur ausreichend sei. Die Voraussetzungen für die Durchführung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme lägen daher bei dem Kläger nicht vor.

Mit seiner dagegen am 10. April 2007 beim Sozialgericht Heilbronn (SG) erhobenen Klage hat der Kläger geltend gemacht, dass er noch heute an den Unfallfolgen leide und deswegen dringend auf die stationäre Heilmaßnahmen angewiesen sei. Die vorgeschlagene ambulante Kurmaßnahme habe er zwar am 2. Oktober 2007 angetreten, diese jedoch wieder krankheitsbedingt am 17. Oktober 2007 abbrechen müssen. Durch den Kurarzt seien ihm verschiedene Medikamente verordnet worden, da er unter einer akuten Bronchitis und einer Lymphknotenentzündung gelitten habe. Die Chefärztin habe empfohlen, zum Erhalt der Funktionsfähigkeit und zur Verhinderung einer weiteren Progredienz die Therapiemaßnahme im H. in einem Jahr zu wiederholen. Aufgrund der pulmonalen Situation sei es nötig, diesen Aufenthalt als stationäres Heilverfahren durchzuführen.

Zur weiteren Aufklärung des Sachverhaltes hat das SG die behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen gehört und den Kläger anschließend lungenfachärztlich begutachten lassen.

Der Internist Dr. F., bei dem der Kläger seit 1992 in regelmäßiger Behandlung steht, hat die begehrte medizinische Rehabilitationsmaßnahme für geeignet und notwendig erachtet, um die chronischen Erkrankungen so zu behandeln, dass ihre Verschlimmerung verhütet oder ihre Folgen gemindert werden könnten. Ambulante Behandlungsmethoden seien in den letzten Monaten soweit möglich angewendet worden, hätten aber die Verschlimmerung nicht vermeiden können. Der Kläger werde mit Lungendosiersprays, Turbohalern, Inhalationen, Schleimlösern und nötigenfalls mit Antibiotikum sowie physikalischer Therapie (Bewegung und Krankengymnastik) mit Wärmeanwendungen behandelt. Er benutze rehabilitationsrelevante Geräte und sei angeleitet zu häufigen Spaziergängen in frischer Luft. Trotzdem habe sich sein Gesundheitszustand seit 2004 deutlich verschlechtert. Die Ärztin für Lungen- und Bronchialheilkunde R. hat diese Einschätzung geteilt und dies mit der Langzeitwirkung und Effektivität im Vergleich mit ambulanten Behandlungsmethoden begründet. Im Vergleich mit den Voruntersuchungen vom Jahr 2006 sei es zu einer Zunahme der Obstruktion gekommen. Es bestünden erhebliche restriktive Ventilationsstörungen. Der Orthopäde E. hat allgemein ambulante medizinische Rehabilitationsmaßnahmen als ausreichend geeignet zur Verbesserung der Beweglichkeit der Nackenmuskulatur und des HWS-Bereiches erachtet, stationäre Maßnahmen hätten aber einen größeren Langzeiteffekt. Der Orthopäde Dr. W., bei dem der Kläger wegen HWS-Beschwerden behandelt wurde, hat sich nicht in der Lage erachtet, die Rehabilitationsnotwendigkeit zu beurteilen.

Der Kläger hat im Oktober ein ambulantes Rehabilitationsverfahren in B. G. durchgeführt. Nach dem vorgelegten Kurzbericht über die aufgrund eines Infekts abgebrochene ambulante Rehabilitationsmaßnahme hat Dr. L.-A. die Wiederholung im H. angeraten. Aufgrund der pulmonalen Situation solle dies in stationärer Form durchgeführt werden.

Der gerichtliche Sachverständige Dr. M. hat in seinem pulmonologischen Gutachten ausgeführt, dass lediglich die bronchitische Komponente der Atemwegserkrankung einer Behandlung zugänglich sei, nicht hingegen die narbige Trachealstenose. Die bronchitischen Beschwerden seien durch inhalative (Inhalation von z.B. Emser Sole mehrmals täglich) oder klimatische Maßnahmen (H., Aufenthalt an geeigneten Orten, See- oder trockenem Mittelmeerklima) vorübergehend zu bessern, nicht aber anhaltend. Der Kläger müsse vielmehr in Eigenregie regelmäßige atemgymnastische Übungen durchführen und sich regelmäßig körperlich betätigen. Medikamentöse oder anderweitige Maßnahmen seien von untergeordneter Bedeutung. Die stationäre Rehabilitationsmaßnahme sei nicht geeignet, die bronchitische Symptomatik erheblich zu verbessern. Sie habe zwar den Vorteil einer intensiven und überwachten Behandlung mit klimatisch günstiger Umgebung, so dass eine kurzfristige Besserung durchaus zu erwarten sei, diese sei aber als geringfügig einzuschätzen und führe langfristig zu keiner Besserung der Prognose.

Mit Gerichtsbescheid vom 17. September 2008 hat das SG die Klage mit der Begründung abgewiesen, bei dem Kläger stünden Gesundheitsstörungen im Bereich der Atemwege im Vordergrund. Der Auffassung des behandelnden Hausarztes wie der Ärztin für Lungen- und Bronchialheilkunde, dass dies zur Erforderlichkeit einer stationären Heilmaßnahme führe, habe aber das eingeholte lungenfachärztliche Gutachten widersprochen. Danach sei die Ventilation des Klägers allenfalls leicht bis mittelgradig eingeschränkt. Dies ergebe sich aus den Befunden der Lungenfunktionsprüfung. Eine eigenständige chronisch obstruktive Lungenerkrankung habe der Sachverständige nicht festgestellt. Er habe nachvollziehbar eine ambulante Krankenbehandlung in Form von inhalativen Maßnahmen für ausreichend erachtet. Aus den Befunden im Bereich der Wirbelsäule und der Schultergelenke ergebe sich nichts anderes, insbesondere seien keine Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass ambulante Behandlungsmaßnahmen nicht ausreichen.

Mit seiner dagegen am 6. Oktober 2008 beim SG eingelegten Berufung hat der Kläger geltend gemacht, dass ihm die Gewährung einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme zu Unrecht versagt worden sei. Das Urteil beruhe auf einem auf einer einmaligen kurzen Untersuchung beruhenden Gutachten von Dr. M., welches nicht die Aussagekraft habe, wie es ihm das SG zumesse. Er habe auf kardiologischem Gebiet erhebliche leistungsbeeinträchtigende Befunde, sodass bspw. das durchgeführte Belastungs-EKG nicht aussagekräftig gewesen sei. Im Stadium seiner Lungenerkrankung seien Heilmaßnahmen noch sinnvoll bevor Pflegebedürftigkeit eintrete.

Der Kläger beantragt (teilweise sinngemäß),

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 17. September 2008 sowie die Bescheide vom 02. August 2006 und 20. Dezember 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. März 2007 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist darauf, dass die dem Kläger bewilligte ambulante Kurmaßnahme (Badekur) mit gutem Erfolg in B. G. durchgeführt worden sei.

Der Kläger hat dem Senat den Entlassungsbericht über die vom 11. bis 27. September 2008 in B. G. durchgeführte ambulante Kur vorgelegt, wonach die durchgeführten Therapiemaßnahmen insgesamt gut vertragen worden seien und der Kläger ein gutes Gesamtbefinden bei der Abschlussuntersuchung angebe. Die Beweglichkeit sei verbessert, die Muskulatur entspannt und schmerzfrei sowie die Gehstrecke deutlich verlängert gewesen. Der Kläger könne inzwischen wieder mit Pausen einen Kilometer gehen. Auch die COPD sei deutlich gebessert. Der Kläger könne nun freier durchatmen.

Die Berichterstatterin hat am 04. Februar 2009 einen Erörterungstermin mit den Beteiligten durchgeführt.

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

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden hat ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)), ist statthaft im Sinne des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#), da die Kosten der begehrten stationären Rehabilitationsmaßnahme die erforderliche Berufungssumme von 750,- EUR übersteigen.

Die damit insgesamt zulässige Berufung des Klägers ist jedoch unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Er hat keinen Anspruch auf die Gewährung einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme, da für die Behandlung seiner Erkrankungen eine ambulante Rehabilitationskur ausreichend ist.

Nach [§ 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) haben Versicherte Anspruch auf Leistungen zur Behandlung einer Krankheit ([§§ 27](#) bis [52 SGB V](#)). Ein Anspruch auf Krankenbehandlung nach [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) besteht, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst unter anderem Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen ([§ 27 Abs. 1 Satz 6 SGB V](#)).

Nach [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) gilt: Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in [§ 11 Abs. 2 SGB V](#) beschriebenen Ziele zu erreichen, kann 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 erbringen. Reicht diese Leistung nicht aus, kann die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht ([§ 40 Abs. 2 SGB V](#)).

Die genannten Vorschriften machen ein Stufenverhältnis der verschiedenen Maßnahmen der Krankenbehandlung deutlich, das bereits aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) folgt, wonach die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Daraus folgt, dass eine stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung nur dann in Betracht kommt, wenn weder eine ambulante Krankenbehandlung, eine ambulante Rehabilitation in einer wohnortnahen Einrichtung noch eine ambulante Rehabilitationsleistung in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht, ausreichend sind. Liegt ein solcher Sachverhalt vor, darf eine stationäre Rehabilitation allerdings gleichwohl nicht bewilligt werden, wenn diese keine hinreichende Wahrscheinlichkeit dafür bietet, dass das Rehabilitationsziel erreicht werden kann. Ist dieses Ziel im konkreten Einzelfall nicht zu erreichen, ist die in Frage kommende Behandlungsmaßnahme unwirtschaftlich und darf deshalb nach [§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) nicht bewirkt werden.

Ausgehend hiervon steht in Auswertung der vom SG durchgeführten Beweisaufnahme wie dem im Berufungsverfahren vorgelegten Rehabilitationsentlassungsberichts auch zur Überzeugung des Senats fest, dass die bei dem Kläger in der Zeit vom 11. bis 27. September 2008 in B. G. durchgeführte ambulante Rehabilitationsmaßnahme ausreichend war und er deswegen nicht einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme bedurfte. Das ergibt sich aus dem Entlassungsbericht der G. H., dem Sachverständigengutachten von Dr. M. und den im Wege des Urkundsbeweises verwertbaren Gutachten des MDK.

Danach kann die im Vordergrund des Rehabilitationsbedarfs stehende Atemwegserkrankung, nämlich die bronchitische Symptomatik, grundsätzlich nur sehr bedingt medizinisch behandelt werden. Die eigentlich erforderlichen Behandlungsmaßnahmen, nämlich Inhalationen und Bewegungstherapie, kann der Kläger in ambulanter Krankenbehandlung bzw. in Eigenregie durchführen und tut dies auch. Rehabilitationsmaßnahmen in ambulanter oder stationärer Form bieten nur die zusätzliche Möglichkeit einer graduellen Verbesserung, nämlich über die Intensivierung der Behandlung selbst und die klimatische Veränderung, nämlich den Aufenthalt in einem H ... Der dadurch zu erwartende Heilerfolg ist aber nur vorübergehender Natur. Die Einschätzung, dass der zu erwartende Erfolg durch die begehrte Maßnahme daher als geringfügig zu bewerten ist und langfristig zu keiner Besserung der Prognose führt, ist deswegen für den Senat nachvollziehbar.

Das hat insbesondere der Sachverständige Dr. M. ausgeführt, wird aber auch bestätigt durch den Entlassungsbericht der G. H ... Danach hat die ambulante Kur durchaus zu einer längeren Besserung beigetragen, selbst der Behandlungserfolg der abgebrochenen Kur hat immerhin neun Monate betragen. Sämtliche Behandlungsziele konnten erreicht werden. So wurde die Beweglichkeit verbessert, die Muskulatur wurde als entspannt und schmerzfrei geschildert. Die Gehstrecke wurde deutlich verlängert, der Kläger konnte mit Pausen wieder einen Kilometer gehen. Auch die COPD wurde deutlich gebessert, es war ihm möglich, wieder freier durchzuatmen. Dem Kläger ist aber angeraten worden, die Maßnahmen jährlich, d.h. in einem engmaschigen Rhythmus, zu wiederholen.

Demgegenüber konnten die abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte nicht überzeugen, zumal diese lediglich eine Aussagen zu der Erforderlichkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, nicht aber zu der im Anschluss daran durchgeführten ambulanten Rehabilitationsmaßnahme machen konnten. Das hat das SG bereits ausführlich begründet dargelegt.

Aus dem vom Kläger zuletzt vorgelegten Befundbericht von Dr. W. ergibt sich nichts anderes. Der Kläger hat sich im Dr. O. G.-Krankenhaus wegen einer thorakalen Symptomatik vorgestellt, wobei dann nur eine gering- bis mittelgradige linksventrikuläre Hypertrophie diagnostiziert werden konnte und der Kläger als beschwerdefrei entlassen wurde, wobei eine Koronarangiographie wegen fehlender Beschwerden und fehlender Prognoseverbesserung als nicht indiziert angesehen wurde. Somit konnte bereits die Krankenbehandlung zu einem Erfolg führen, so dass weitergehende, insbesondere einen Rehabilitationsbedarf begründende Befunde hieraus nicht resultieren.

Die Berufung ist daher insgesamt als unbegründet zurückzuweisen, wobei die Kostenentscheidung auf [§ 193 SGG](#) beruht.

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-05-03