

L 4 KR 869/09

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 9 KR 5823/07
Datum
28.01.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 869/09
Datum
11.12.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 28. Januar 2009 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist zwischen den Beteiligten, ob der Kläger einen Anspruch auf eine stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlung hat.

Der am 1939 geborene Kläger, der zuletzt als Produktionsleiter versicherungspflichtig beschäftigt war, ist bei der Beklagten als Rentner krankenversichert. Bei ihm besteht ein Grad der Behinderung (GdB) von 60. Der Kläger hatte vom 16. Januar bis 20. Februar 1997 in der Klinik am W. in B. S. sowie vom 23. September bis 21. Oktober 1998 in der Kurpark-Klinik (Klinik für Orthopädie und Rehabilitation) in B. S. jeweils auf Kosten der damaligen Bundesversicherungsanstalt für Angestellte eine stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlung durchlaufen. Nach dem Entlassungsbericht des Chefarztes Dr. Wi., Arzt für Orthopädie, vom 21. Oktober 1998 bestanden als Diagnosen fortgeschrittene Dysplasie, Coxarthrose beidseits, Zustand nach Herzschrittmacherimplantation (1996) und Omarthrose rechts. In der Kurpark-Klinik fanden beim Kläger dann auf Kosten der Beklagten weitere stationäre Rehabilitationsbehandlungen vom 01. bis 31. August 2000, vom 12. September bis 10. Oktober 2002, vom 25. August bis 22. September 2004 und zuletzt vom 21. Februar bis 21. März 2006 statt. Nach dem Entlassungsbericht des Dr. Wi. vom 21. März 2006 zur zuletzt genannten Behandlung 2006 bestanden als Diagnosen ausgeprägte Dysplasiecoxarthrose beidseits, rechts mehr als links, chronisches rezidivierendes Lumbalsyndrom bei Fehlstatik der Wirbelsäule und degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule, Rotatorenmanschettsyndrom rechts, Chondrokalzinose beider Kniegelenke (Bakerzyste links) und Zustand nach Schrittmacherimplantation. Bei der Aufnahme am 21. Februar 2006 lag danach ein deutliches hinkendes Gangbild, vor allem rechts, eine deutliche Hyperlordose der Lendenwirbelsäule und auch eine Hyperlordose der Halswirbelsäule vor. Im Vordergrund der durchgeführten Behandlungen stand einerseits die Schmerzminderung, andererseits die Funktionsverbesserung. Dem Kläger wurde eine kombinierte und individuell abgestimmte krankengymnastische sowie balneophysikalische Therapie verordnet. Die Anwendungen wurden sehr gut vertragen. Der Kläger habe vor allem vom Moorbad, von der Chirogymnastik und von den Massagen profitiert. Bei der abschließenden Untersuchung habe der Kläger über deutlich gebesserte Beschwerden von Seiten der Dysplasiecoxarthrose beidseits berichtet. Die Muskulatur sei gekräftigt und die Beweglichkeit gebessert worden. Die Beschwerden hinsichtlich der Lendenwirbelsäule und des linken Kniegelenks seien gleichbleibend gewesen. Als Therapieempfehlung wurde weiterzuführende Krankengymnastik genannt. Am 04. Mai 2006 fand beim Kläger eine ambulante Schrittmacherkontrolle statt (Arztbrief des Oberarztes Dr. P. von der Medizinischen Klinik der R.-Klinik B. vom 04. Mai 2007).

Mit Schreiben vom 24. Mai 2007 beantragte der Kläger bei der Beklagten eine erneute stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlung. Seine hauptsächlichen Beschwerden lägen im Bereich beider Hüftgelenke und im Lendenwirbelsäulenbereich. Bei einer Gehstrecke von ca. 400 m und längerem Stehen träten starke Schmerzen auf. Zeitweise müsse er auch eine Gehhilfe benutzen, wodurch es zu Schmerzen in den Schultern komme. Durch die Bewegungseinschränkung habe er große Schwierigkeiten beim Treppensteigen. Nach der letzten stationären Rehabilitationsbehandlung habe sich bei ihm die Gehstrecke um das Doppelte bis Dreifache, ohne eine Gehhilfe benutzen zu müssen, erhöht. Auch sei das Treppensteigen aufgrund der erhöhten Beweglichkeit dann leichter gewesen. Durch seine fortlaufende tägliche Gymnastik und Dehnung habe die Besserung fast ein Jahr angehalten, wodurch er (der Kläger) eine bessere Lebensqualität erfahren habe. Auch habe er Schmerzmittel reduzieren und teilweise weglassen können. Er reichte verschiedene Unterlagen ein, darunter eine Verordnung von medizinischer Rehabilitation des Dr. Pö., Facharzt für Orthopädie - Sportmedizin (ohne Datum), dessen Attest vom 27. Oktober 2005 und den Entlassungsbericht des Dr. Wi. vom 21. März 2006. Dr. Pö. nannte in der Verordnung als rehabilitationsrelevante Schädigungen Coxarthrose beidseits und Gonarthrose. Als durchgeführte Maßnahmen der Krankenbehandlung gab er "weiter intensive

Krankengymnastik" an. Eine ambulante Behandlung sei aufgrund der Schwere der Erkrankung "einfach nicht ausreichend". Als Rehabilitationsziele nannte der Arzt Schmerzreduktion sowie Sicherung der Mobilität und der eigenen häuslichen Versorgung. Die Sicherung der Hüftgelenksfunktion sei insoweit durch intensive Krankengymnastik auch im Wannenbad anzustreben. Im Attest vom 27. Oktober 2005 hatte Dr. Pö. darauf hingewiesen, aus orthopädischer Sicht sei dem Kläger dringend eine jährliche stationäre Kurmaßnahme zu bewilligen, um insbesondere weitere finanziell ebenfalls sehr aufwendige Behandlungsmaßnahmen abwenden zu können. Dr. B.-J. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Hessen vertrat in der Stellungnahme vom 12. Juni 2007 die Ansicht, eine medizinische Notwendigkeit nach einem Jahr sei nicht nachvollziehbar; es solle ambulante Physiotherapie durchgeführt werden. Daraufhin lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 15. Juni 2007 die Übernahme von Kosten für eine stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlung ab. Nach Auskunft des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung gebe es eine geeignete Behandlungsmethode am Wohnort. Vorgeschlagen würden weitere fachärztliche Behandlung beispielsweise beim Orthopäden und Anwendungen entsprechend den Heilmittelrichtlinien wie beispielsweise Krankengymnastik. Mit Schreiben vom 27. Juli 2007 reichte der Kläger das weitere Attest des Dr. Pö. vom 17. Juli 2007 ein und bat um eine erneute Überprüfung seines Antrags. Dr. Pö. gab an, bereits im Oktober 2005 erwähnt zu haben, dass ein operativer Eingriff beim Kläger hinsichtlich der Hüftgelenke kaum noch möglich und mit erheblichen Risiken verbunden sei. Die bisherigen Kurmaßnahmen hätten jeweils eine erhebliche Steigerung der Gehstrecke erbracht, ebenfalls eine Besserung und Sicherung des Gangbilds, insbesondere beim Treppensteigen. Derzeit bestehe die Gefahr, dass der Kläger das selbstständige Treppensteigen verliere. Nach der letzten Kur habe der Zustand für einen sehr langen Zeitraum stabilisiert werden können. Der Kläger habe auch nach Kurmaßnahmen immer wieder den Verbrauch von Schmerzmitteln ganz erheblich reduzieren bzw. teilweise einstellen können. Die Beklagte, die das Schreiben vom 27. Juli 2007 als Widerspruch ansah, erhob das Gutachten des Dr. H. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) vom 09. August 2007. Darin wurde ausgeführt, die vorliegenden medizinischen Unterlagen begründeten nicht hinreichend die dringende medizinische Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der beantragten stationären medizinischen Rehabilitation nach [§ 40 Abs. 2](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) innerhalb der Vier-Jahresfrist. Auch nach der 2006 durchgeführten stationären medizinischen Rehabilitationsbehandlung seien in den letzten zwölf Monaten oft Heilmittelverordnungen erforderlich gewesen, nämlich Massagetherapie, Bewegungstherapie, Traktionsbehandlung, Wärme-/Kältetherapie. Die ambulante wohnortnahe vertragsärztliche Behandlung gegebenenfalls weiterhin unter Einbeziehung von Fachärzten sei hier vorrangig, ausreichend und nicht ausgeschöpft. Bei der bestehenden Diagnose sei das regelmäßige Muskeltraining nach Anleitung in Eigenregie medizinisch indiziert. Die Möglichkeiten einer aktiven Therapie, wie Funktionstraining/Rehasport, seien zu erwägen. Von dieser Beurteilung des MDK unterrichtete die Beklagte den Kläger mit Schreiben vom 14. August 2007 und übersandte ihm - ebenso wie Dr. Pö. (Schreiben vom 14. August 2007) - mit Schreiben vom 04. September 2009 das Gutachten des Dr. H. ... Der Kläger trug danach unter Vorlage des Therapieplans für die stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlung im Jahre 2006 vor, die Verneinung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung sei für ihn nicht nachvollziehbar. Der Befund habe sich bei ihm eher verschlechtert. In der Vergangenheit habe die Beklagte im Durchschnitt die stationären Maßnahmen alle zwei Jahre gewährt. Es könne nicht sein, dass sich die früheren Gutachter viermal geirrt hätten. Der Zustand seines Leidens müsse durch eine neutrale Untersuchung mit Röntgenaufnahmen geklärt werden. Er habe pro Jahr lediglich zwei- bis dreimal zwölf Fangopackungen mit Teilmassagen erhalten, was eine leichte Besserung erbracht habe, die aber nicht mit der Wirkung einer stationären Behandlung annähernd gleich komme. Aus Budgetgründen habe ihm mehr nicht verordnet werden können. Während der stationären Behandlung habe er pro Woche zwei bis drei Naturvollbäder und diverse andere auf sein Leiden abgestimmte Anwendungen erhalten, wobei hauptsächlich die Moorbäder bei ihm gut angesprochen und lange Wirkung gehabt hätten. Diese Moorbäder könne er in Wohnortnähe ambulant nicht erhalten. Der nächste Ort mit Moorbädern sei von seinem Wohnort weit über 100 km für die einfache Fahrt entfernt. Die Beklagte ermittelte dann noch, dass der Kläger 2006 im August, Oktober und November in der Praxis des Dr. Pö. gewesen sei. Ihm sei jeweils ein Rezept über Krankengymnastik ausgestellt worden. 2007 sei er nur einmal, nämlich am 11. Juli 2007, in der Praxis des Dr. Pö. gewesen. Mit Widerspruchsbescheid des bei der Beklagten bestehenden Widerspruchsausschusses vom 20. November 2007 wurde der Widerspruch unter Verweis auf das Gutachten des Dr. H. zurückgewiesen.

Deswegen erhob der Kläger am 05. Dezember 2007 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG). Er bezog sich auf das Attest des Dr. Pö. vom 17. Juli 2007 und trug ergänzend vor, die bisher verordneten ambulanten krankengymnastischen und physikalischen Maßnahmen seien ausgeschöpft und nicht mehr ausreichend. Bei dem vorliegenden Krankheitsbild bestehe eine schlechte Prognose. Im Umkreis von 100 km zu seinem Wohnort gebe es keine Einrichtung, wo er eine ambulante Behandlung durchführen könnte. Aufgrund seiner Herzerkrankung sei er auch stark eingeschränkt. Besondere Belastungen seien ihm nicht mehr zuzumuten, was insbesondere dafür gelte, dass er nicht in der Lage sei, 100 km zu fahren und nach der ambulanten Behandlung wieder mit dem Fahrzeug nach Hause zurückzukehren. Im Widerspruchsbescheid seien nicht alle erforderlichen objektiven Abwägungsmerkmale berücksichtigt worden. Aufgrund der erheblichen Einschränkung der Mobilität sei er (der Kläger) daran gehindert, am sozialen Leben teilzuhaben. Dies sei nicht berücksichtigt worden. Dies gelte auch, soweit er vorgetragen habe, dass durch die Moorheilbehandlung eine deutliche Verbesserung seiner Mobilität eingetreten sei. Die Beklagte habe sachfremde Erwägungen in den Vordergrund der Ablehnung gestellt. Die von ihm geltend gemachten medizinischen Gründe fänden in der ablehnenden Entscheidung keinen Niederschlag. Entscheidend sei, ob eine erhebliche Einschränkung, Minderung oder Gefährdung der alltäglichen Selbstständigkeit, der selbstständigen Haushaltsführung, der Beschleunigung der Erkrankung und der aktuellen funktionellen Reserven bestehe. Die stationäre Durchführung einer Behandlung mit Moorbädern und ergänzenden Maßnahmen sei bei ihm allein eine vernünftige, medizinisch begründete und wirtschaftlich sinnvolle Maßnahme. Dabei müsse auch berücksichtigt werden, dass bei ihm nur unter Eingehung eines sehr hohen Risikos eine Hüftgelenkoperation durchgeführt werden könnte. Sein Gesundheitszustand habe sich im Übrigen weiter verschlechtert.

Die Beklagte trat der Klage unter Vorlage der Stellungnahme des Dr. Kühn vom MDK vom 02. Mai 2008 entgegen. Auch bei nochmaliger Prüfung und Kenntnis der vorgelegten Unterlagen sei die dringende medizinische Notwendigkeit einer vorzeitigen Maßnahme nicht zu erkennen.

Das SG erhob die schriftliche Auskunft als sachverständiger Zeuge des Dr. Pö. vom 03. März 2008. Der Arzt listete die Behandlungsdaten seit 31. Januar 2002 auf. Seit 31. August 2006 bestehe nun auch eine Einschränkung im Bereich der Schultergelenke, besonders rechts, durch Rotatorenmanschettenruptur. Zuletzt habe sich eine deutliche Einschränkung der Gehfähigkeit ergeben, die prinzipiell eine Benutzung von Unterarmgehstützen erforderlich mache. Diese seien jedoch aufgrund der Einschränkung im Bereich der Schultergelenke nur erschwert einsetzbar. Vor dem 22. März 2010 sei die stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlung wegen der ausgezeigten ambulanten Behandlungsmöglichkeiten erforderlich, da ansonsten eine erhebliche gesundheitliche Einschränkung drohe in Form des Verlusts der sozialen Selbstständigkeit, hervorgerufen durch den Verlust der Gehfähigkeit. Ferner zog das SG die Entlassungsberichte der stationären medizinischen Rehabilitationsbehandlungen seit 1997 bei und erhob das Gutachten des Facharztes für Orthopädie und

Oberarztes an der Orthopädischen Klinik der S. V.-Kliniken in K. Dr. J. vom 23. September 2008 (Untersuchung am 15. September 2008). Der Sachverständige führte zusammenfassend aus, nach den Angaben des Klägers sei eine erneute stationäre Rehabilitationsbehandlung zwar sinnvoll. Aufgrund des klinischen und röntgenologischen Befunds lasse sich die Indikation dafür jedoch nicht ausreichend begründen. Die Beweglichkeit der Hüftgelenke werde sich nicht verbessern lassen, die Restbeweglichkeit könne allenfalls erhalten bleiben. Die pathologischen Befunde im Bereich der Lendenwirbelsäule und der Kniegelenke seien ursächlich auf das Streckdefizit beider Hüftgelenke zurückzuführen. Auch hier könne eine Besserung nur nach einer endoprothetischen Versorgung der Hüftgelenke mit Wiederherstellung der Streckfähigkeit erwartet werden. Die Behandlung der überlastungsbedingt beanspruchten und verspannten Rückenstreck- und Beinmuskulatur sei durch ambulante Maßnahmen ausreichend möglich. Die Gesundheitsstörungen im Bereich der Halswirbelsäule sowie der Schultergelenke seien im Bedarfsfall ambulanter Behandlung zugänglich. Die vom Kläger beschriebene subjektive Beschwerdebesserung lasse sich nicht ausreichend objektivieren. Gegen das Sachverständigengutachten wandte der Kläger ein, dieses sei widersprüchlich. Zwar gebe der Sachverständige an, dass die Beweglichkeit der Hüftgelenke durch konservative Behandlungsmaßnahmen nicht gebessert werden könne. Auf S. 11 des Gutachtens bezeichne er jedoch eine erneute stationäre Rehabilitation als sinnvoll, auch weise er darauf hin, dass eine endoprothetische Versorgung der Hüftgelenke ein deutlich erhöhtes Komplikationsrisiko bis hin zu Lähmungen der Beine habe. Dieses Operationsrisiko sei für ihn (den Kläger) so hoch, dass er es nach normalem Ermessen nicht eingehen könne. Da der Sachverständige selbst feststelle, dass eine konservative stationäre Behandlung durchaus Sinn mache, um seine Leiden zu minimieren, sei dies der einzig gangbare Weg für ihn, der zur Linderung seiner Leiden führe. Es handle sich auch um eine kostengünstige Maßnahme, wie die stationären Behandlungen in der Vergangenheit bewiesen hätten. Ein chirurgischer Eingriff stelle für die Kasse auch in kostenrechtlicher Hinsicht ein unüberschaubares Risiko dar.

Mit Gerichtsbescheid vom 28. Januar 2009, der dem Prozessbevollmächtigten des Klägers gegen Empfangsbekanntnis am 02. Februar 2009 zugestellt wurde, wies das SG die Klage ab. Eine stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlung sei nicht notwendig. Es sei nicht festzustellen, dass Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung oder ambulante Rehabilitationsleistungen hier nicht ausreichend wären. Ambulante Maßnahmen seien nur dann als nicht mehr ausreichend anzusehen, wenn es einer Gesamtsachleistung bedürfe, bei der neben Unterkunft und Verpflegung eine Vielzahl von diagnostischen und medizinisch-therapeutischen Maßnahmen erforderlich seien, die ausschließlich in vollstationärer Form unter ständiger ärztlicher Gesamtverantwortung von besonders geschultem Personal nach einem ärztlichen Behandlungsplan erbracht werden könnten. Es sei nicht ersichtlich, warum der Kläger über mehrere Wochen unter ständiger ärztlicher Gesamtverantwortung betreut werden müsste und warum etwa erforderliche physiotherapeutische Maßnahmen nicht in Wohnortnähe ambulant erbracht werden könnten. Die möglicherweise vorhandene Notwendigkeit zum Erhalt einer bestimmten Krankenbehandlung, wie beispielsweise Moorbäder, sei nicht geeignet, die Notwendigkeit gerade eines stationären Aufenthalts zu begründen, wenn diese Behandlung wohnortnah nicht erreichbar sei. Es sei auch nicht dargetan, dass die vom Kläger berichtete Beschwerdelinderung ausschließlich mit den in den früheren Rehabilitationsbehandlungen durchgeführten Einzelleistungen hätten erbracht werden können. Schließlich sei zu berücksichtigen, dass der gerichtliche Sachverständige dargelegt habe, dass die vom Kläger angegebene subjektive Beschwerdebesserung aufgrund der von ihm nach einer ausführlichen Untersuchung klinisch und röntgenologisch erhobenen Befunde nicht ausreichend objektivierbar gewesen sei.

Dagegen hat der Kläger am 24. Februar 2009 schriftlich Berufung beim Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Er hat Arztbriefe des Privatdozenten Dr. M., Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie des Klinikums Pforzheim, vom 16. Januar und 17. Februar 2009 sowie des Prof. Dr. A., Chefarzt der P., Orthopädische Klinik des D.-Klinikums S., vom 29. Juli 2009 vorgelegt. Er macht geltend, bei ihm wäre die Wiederherstellung der Hüftgelenke lediglich durch eine riskante endoprothetische Versorgung möglich. Insoweit würde es sich bei einer solchen Operation um eine Extremmaßnahme mit unsicherem Ausgang und hohen Kosten handeln. Das von ihm (dem Kläger) erstrebte Ziel sei lediglich durch konservative Therapiemaßnahmen zu erreichen. Aufgrund einer solchen stationären Behandlung wäre eine lang andauernde Verbesserung seiner Schmerzsituation zu erreichen. Es würden dann auch weniger Medikamente benötigt, um die Schmerzen in den Griff zu bekommen. Eine vernünftige ambulante Behandlung mit Moorbädern, die ihm die Erleichterung brächten, sei im Umkreis von 100 km nicht möglich. Ambulant könne er ein Moorbad nicht in Anspruch nehmen, zumal er auch faktisch nicht mehr in der Lage sei, mit dem Auto zu fahren, denn er gehe mit zwei Krücken. Bei der notwendigen Moorbehandlung komme es ihm nicht darauf an, dass er unter ständiger ärztlicher Gesamtverordnung von besonders geschultem Personal nach einem ärztlichen Behandlungsplan praktisch rund um die Uhr betreut werde. Es gehe ihm vielmehr darum, dass es durch eine stationäre Moorbadbehandlung, die sich über einen längeren Zeitraum hinziehe, zu einer Stabilisierung und Besserung seines Gesundheitszustands komme. Bei der Behandlung mit Moorbadanwendungen werde im Körper eine starke, gleichbleibende, lang anhaltende Wärme erzeugt und die Körpertemperatur dadurch gesteigert. Dies wirke entzündungshemmend und muskelentspannend. Eine Mooranwendung sei jedoch nur dann sinnvoll, wenn sich der Patient in einem längeren Prozess wieder langsam abkühle und der Prozess der Muskelentspannung durch längeres Liegen unterstützt werde. Diese Wirkungen könne man nur durch eine stationäre Behandlung erzielen, nicht aber dadurch, dass er im Rahmen einer ambulanten Behandlung völlig verspannt anreise und danach gleich wieder abreisen müsse. Nachdem er über Jahre hinweg die von ihm begehrte und medizinisch angezeigte Moorbadbehandlung erhalten habe und somit durch einen minimalen Kostenaufwand immer ordentlich habe eingestellt werden können, habe sich der gesundheitliche Zustand bei ihm jetzt durch die Verweigerung der angezeigten Behandlung zusehends verschlechtert. Durch die Schmerztherapie im Rahmen der ambulanten Behandlung würden ständig neue Arzthonorare verursacht. In der Vergangenheit habe die Beklagte mehrmals eine Rehabilitationsmaßnahme genehmigt, ohne sich auf die Fristenregelung zu berufen. Der Kläger hat noch weiter den Bescheid der Beklagten vom 16. Oktober 2009 (mit weiteren Anlagen zur Antragstellung) vorgelegt, mit dem sein erneuter Antrag auf stationäre medizinische Rehabilitation vom 05. Oktober 2009 mit Verordnung des Dr. Pö. vom 29. September 2009 abgelehnt worden ist. Der Antrag sei schematisch wegen Nichteinhaltung der Wartefrist abgelehnt, obwohl er (der Kläger) eine Verschlechterung angegeben habe.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 28. Januar 2009 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 15. Juni 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 20. November 2007 zu verurteilen, ihm eine stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlung zu bewilligen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angegriffenen Gerichtsbescheid und die streitbefangenen Bescheide für zutreffend und hat die Stellungnahme des Dr. H. vom 19. Juni 2009 vorgelegt.

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

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig. Sie ist insbesondere statthaft. Denn die Kosten für eine vom Kläger erstrebte stationäre Rehabilitation nach [§ 40 Abs. 2 Satz 1](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) für (längstens) drei Wochen (vgl. [§ 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#)) überschreiten auch unter Berücksichtigung der Pflicht zur Zuzahlung nach [§ 40 Abs. 5 SGB V](#) den Beschwerdewert des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) von mehr als EUR 750,00. Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Der Bescheid der Beklagten vom 15. Juni 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 20. November 2007 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten, wie das SG zutreffend im angegriffenen Gerichtsbescheid entschieden hat. Der Kläger hat keinen Anspruch auf eine (vorzeitige) stationäre Rehabilitationsbehandlung.

Der Ablehnungsbescheid vom 16. Oktober 2009 war hier nicht nach [§ 96 Abs. 1 SGG](#) zu überprüfen, denn er wird von dieser Bestimmung nicht erfasst; dieser Bescheid ersetzt oder ändert den Bescheid vom 15. Juni 2007, der kein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung war, nicht ab.

Nach [§ 11 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Leistungen zur Behandlung einer Krankheit. Der Anspruch auf Krankenbehandlung besteht, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern ([§ 27 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#)). Nach [§ 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot nach [§ 12 Abs. 1 SGB V](#), wonach die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen, so dass Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, Versicherte nicht beanspruchen können, die Leistungserbringer auch nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen dürfen (vgl. auch [§ 1 Abs. 3](#) der auf der Grundlage des [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V](#) erlassenen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation - Rehabilitations-Richtlinie -), gilt für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein Stufenverhältnis. Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung, zu der neben ambulanter ärztlicher Behandlung nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) auch die Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln ([§§ 31, 32 SGB V](#)) gehört, nicht aus, um die in [§ 11 Abs. 2 SGB V](#) beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse nach [§ 40 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) 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. Reicht auch die ambulante Rehabilitationsleistung nicht aus, erbringt die Krankenkasse nach [§ 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach [§ 20 Abs. 2a](#) des Neunten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht. Solche (ambulante oder stationäre) Rehabilitationseinrichtungen zeichnen sich nach [§ 107 Abs. 2 SGB V](#) insbesondere dadurch aus, dass sie fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf ausgerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner auch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen. Insoweit verlangt die stationäre medizinische Rehabilitation, dass eine Behandlung in einer solchen Rehabilitationseinrichtung notwendig ist. Nur das "Wie" einer solchen Behandlung steht nach [§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) im Ermessen der Krankenkasse. Für die Dauer einer stationären medizinischen Rehabilitation gilt nach [§ 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#), dass sie für längstens drei Wochen erbracht wird, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Nach [§ 40 Abs. 3 Satz 4 SGB V](#) gilt ferner: Leistungen nach [§ 40 Abs. 1](#) und 2 SGB V können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Diese Voraussetzung der dringenden Erforderlichkeit aus medizinischen Gründen vor Ablauf der Wartezeit von vier Jahren ist dann erfüllt, wenn bei Durchführung einer stationären Behandlung erst nach Ablauf der Wartezeit erhebliche gesundheitliche Schäden oder Nachteile zu befürchten wären. Ferner ist auch die Rehabilitations-Richtlinie zu beachten, die u.a. in [§ 11](#) bestimmt, welche Qualifikation der Vertragsarzt oder die Vertragsärztin aufweisen muss, um, nach Ablauf der bis zum 31. März 2007 bestimmten Übergangsfrist (vgl. [§ 11 Abs. 3](#)), berechtigt zu sein, eine Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausstellen zu dürfen.

Nachdem dem Kläger zuletzt von der Beklagten in der Zeit vom 21. Februar bis 21. März 2006 von der Beklagten eine stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlung in der Kurpark-Klinik in B. S. bewilligt worden war, war hier die Wartezeitregelung des [§ 40 Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) zu beachten. Die Wartezeit läuft erst am 21. März 2010 ab. Auch der Senat vermag nicht festzustellen, dass beim Kläger bereits vor Ablauf dieser Wartezeit von vier Jahren eine stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlung aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.

Beim Kläger besteht, wie der Senat dem Sachverständigengutachten des Dr. J. entnimmt, im Bereich der Wirbelsäule eine leichte Fehlstatik. Die Schultergelenksbeweglichkeit beidseits ist endgradig eingeschränkt. Verursacht durch eine massive Dysplasiecoxarthrose beidseits ist im Bereich der unteren Extremitäten die Hüftgelenksbeweglichkeit beidseits eingeschränkt. Es besteht ein deutliches Streckdefizit. Auch an den Kniegelenken besteht ein Streckdefizit. Dr. J. hat überzeugend dargelegt, dass beide Hüftgelenke wackelsteif seien. Danach kann durch konservative Behandlungsmaßnahmen die Beweglichkeit der Hüftgelenke aufgrund der vorliegenden Röntgenaufnahmen nicht verbessert werden, was sich für den Sachverständigen auch aufgrund der in den Entlassungsberichten der Kurpark-Klinik in B. S. angegebenen Bewegungsmaße bestätigt wird. Aufgrund des Streckdefizits in beiden Hüftgelenken lässt sich ebenfalls die Fehlbelastung der Lendenwirbelsäule sowie der Kniegelenke nicht korrigieren. Danach ist eine Befundverbesserung letztendlich nur nach einer endoprothetischen Versorgung der Hüftgelenke, wie sie auch in den vom Kläger vorgelegten Arztbriefen diskutiert wird, zu erwarten. Selbst wenn insoweit ein erhebliches Operationsrisiko (deutlich erhöhtes Komplikationsrisiko) besteht, auf das auch Dr. J. hingewiesen hat,

rechtfertigt dies nicht die dringende medizinische Notwendigkeit der Durchführung von konservativen stationär durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen in einer Rehabilitationseinrichtung im oben genannten Sinne. Der Senat geht nämlich davon aus, dass beim Kläger auch nach der Entlassung aus der stationären Rehabilitationsbehandlung am 21. März 2006 weiterhin Krankengymnastik erforderlich war, wie sich aus der Therapieempfehlung im Entlassungsbericht vom 21. März 2006 - ebenso bereits in den Entlassungsberichten der vorangegangenen stationäre Rehabilitationsbehandlungen seit 1997 - ergibt. Auch Dr. H. hat im Gutachten vom 09. August 2007 darauf hingewiesen, dass in den letzten zwölf Monaten vor der erneuten Antragstellung vom Mai 2007 Massagetherapie, Bewegungstherapie, Traktionsbehandlung, Wärme- und Kältetherapie durchgeführt wurde. Im Übrigen hat auch Dr. Pö. in der vom Kläger vorgelegten Verordnung (ohne Datum) insoweit auf "weiter intensive Krankengymnastik", die durchgeführt worden sei, hingewiesen. Ebenfalls hat der Kläger auf entsprechende Behandlungen, auch Fangobehandlungen und Krafttraining, in der mündlichen Verhandlung am 11. Dezember 2009 hingewiesen. Solche Behandlungen könnten beim Kläger grundsätzlich auch weiterhin ambulant im Rahmen fachärztlicher Behandlung und der Verordnung von Heilmitteln durchgeführt werden. Selbst wenn die nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien) vorgesehene Höchstverordnungsmenge oder Gesamtverordnungsmenge bereits erreicht sein sollte, wobei allerdings auch die Möglichkeit von weiteren Verordnungen (Verordnungen außerhalb des Regelfalls, insbesondere längerfristige Verordnungen) zu berücksichtigen ist (vgl. Nr. 11.3 der Heilmittel-Richtlinien), ist dies allein noch kein Grund, für die vorzeitige Durchführung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme. Bei der Verordnung von Krankengymnastik soll das Erlernen von Eigenübungsprogrammen im Vordergrund stehen (vgl. Nr. 17 A 2 der Heilmittel-Richtlinien).

Daraus, dass der gerichtliche Sachverständige Dr. J. eine erneute stationäre Rehabilitationsbehandlung aufgrund der subjektiven Angaben des Klägers zu den 1998, 2000, 2002, 2004 und 2006 regelmäßig durchgeführten stationären Rehabilitationsbehandlungen als "sinnvoll" bezeichnet, ebenso Privatdozent Dr. M. im Arztbrief vom 17. Februar 2009, um den Folgen der Erkrankung durch regelmäßige intermittierende konservative Therapiemaßnahmen auch kurmäßige Anwendungen - entgegenzuwirken (auch Prof. Dr. A., der die Durchführung einer Kur-Behandlung angeraten hat, Arztbrief vom 29. Juli 2009), ergibt sich keine dringende Notwendigkeit einer aktuell schon durchzuführenden stationären Rehabilitationsbehandlung, auch nicht daraus, dass Dr. J. annimmt, durch konservative Behandlungsmaßnahmen könne allenfalls die stehende Restbeweglichkeit in den Hüftgelenken erhalten werden. Der Senat geht davon aus, dass während der letzten stationären Rehabilitationsbehandlung in der Kurpark-Klinik B. S., wie sich aus dem Entlassungsbericht vom 21. März 2006 ergibt, konservativ Moorbad, Medizinbad, manuelle Massage, Chirogymnastik, Ödemtherapie, Krankengymnastik, Bewegungsbad, Ergotherapie, Medizinische Trainingstherapie (MTT) und freies Schwimmen durchgeführt worden sind. Dabei handelt es sich um verschiedene Heilmittelanwendungen, wobei in dem Entlassungsbericht darauf hingewiesen wurde, dass der Kläger die Anwendungen gut vertragen habe, er vor allem vom Moorbad, von der Chirogymnastik und den Massagen profitiert habe. Der Kläger selbst hat zuletzt im Berufungsverfahren vor allem geltend gemacht, dass bei ihm die "Moorbrei-Vollbäder" in stationärer Behandlung durchgeführt werden müssten. Sofern es beim Kläger jedoch ausgeschlossen sein sollte, solche Moorbrei-Vollbäder wohnortnah durchzuführen, rechtfertigt dies allein ebenfalls nicht die dringende Notwendigkeit einer stationären medizinischen Rehabilitationsbehandlung unter ständiger ärztlicher Kontrolle. Denn der Senat vermag nicht festzustellen, dass beim Ausbleiben der Behandlung mittels Moorbrei-Vollbädern beim Kläger erhebliche weitere gesundheitliche Schäden oder Nachteile zu erwarten wären. Andere Heilmittelanwendungen, wozu beispielsweise auch Fangopackungen gehören, sind wohnortnah ambulant durchführbar. Sie wurden und werden beim Kläger auch durchgeführt.

Darauf, dass die Beklagte in der Vergangenheit dem Kläger in zeitlich geringeren Abständen als vier Jahren jeweils stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlungen in der Kurpark-Klinik B. S., nämlich 2000, 2002, 2004 und 2006, gewährt hat, kann sich der Kläger bei der hier anzustellenden Prüfung, ob auch nach dem 21. März 2006 eine erneute stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlung aus medizinischen Gründen vorzeitig dringend erforderlich ist, nicht berufen. Die Beklagte hat jeweils konkret über einzelne beantragte Rehabilitationsmaßnahmen zu entscheiden. Eine Bindung für die Zukunft tritt aufgrund einer in der Vergangenheit erfolgten Bewilligung einer Rehabilitationsmaßnahme nicht ein.

Darauf, ob Dr. Pö., der als Facharzt für Orthopädie - Sportmedizin -, wobei er ersichtlich nach dem Attest vom 27. Oktober 2005 auch schon den Antrag für die im Februar/März 2006 durchgeführte stationäre Rehabilitationsbehandlung gestellt hatte, die nach § 11 Abs. 1 und 2 der Rehabilitations-Richtlinie erforderliche Qualifikation für die Ausstellung einer Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation hatte, kommt es nicht an. Dabei ginge der Senat davon aus, dass Dr. Pö. hier die vom Kläger mit seinem Antrag vom Mai 2007 vorgelegte (undatierte) Verordnung erst nach dem 31. März 2007 ausgestellt hatte, als also Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte, die nicht über die notwendige Zusatzqualifikation verfügten, Leistungen zur gesetzlichen Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr verordnen durften (§ 11 Abs. 3 der Rehabilitations-Richtlinie).

Die Erhebung eines weiteren Sachverständigengutachtens war nicht geboten.

Die Berufung war danach zurückzuweisen.

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

Gründe, die Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-12-20