

L 5 KR 3897/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KR 1819/09
Datum
16.07.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 3897/10
Datum
26.01.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 16.7.2010 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Gewährung einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme.

Der Kläger begehrt die Gewährung einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme.

Der 1950 geborene Kläger (GdB 60) bezieht Erwerbsminderungsrente (monatlicher Zahlungsbetrag 668,01 EUR, Stand Juli 2009). Unter dem 27.3.2008 beantragte der Allgemeinarzt Dr. W. die Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation; es lägen eine Spinalkanalstenose, ein Lendenwirbelsäulensyndrom, Hüftdysplasie und arterielle Hypertonie vor.

Unter dem 7.8.2008 stellte Dr. W. dem Kläger eine Verordnung über Leistungen der medizinischen Rehabilitation aus. Der Kläger leide seit Jahren unter Lendenwirbelsäulenbeschwerden mit Ausstrahlung in die Beine, vor allem in das rechte Bein. Trotz haus- und fachärztlicher Therapie sei eine Stabilisierung letztendlich nicht eingetreten, weswegen eine Rehabilitationsmaßnahme sinnvoll sei; der mitbehandelnde Neurologe habe dies ebenfalls vorgeschlagen. Außerdem lägen eine Lebererkrankung und Gallensteine vor. Die Haushaltsführung sei schmerzbedingt eingeschränkt. Die Rehabilitationsmaßnahme diene der Mobilisierung zur Verbesserung der Beweglichkeit, der Besserung der Blutdruckwerte und der Compliance hinsichtlich der Medikamenteneinnahme sowie einer vermehrten Teilhabe durch verbesserte Mobilität. Der Kläger erstrebe Schmerzreduktion, Besserung der Beweglichkeit und Besserung der Teilhabe. Befürwortet werde die Behandlung in einer orthopädisch qualifizierten Rehabilitationsklinik mit internistischer Mitbetreuung. Zur weiteren Begründung wurden Arztberichte (u.a.) des Orthopäden B. vom 18.3.2008 (Empfehlung u.a. von regelmäßigen Bewegungsübungen und leichter krankheitsangepasster sportlicher Aktivität) und des Neurologen Dr. E. vom 25.10.2007 (zunächst konservativer Behandlungsversuch mit länger dauernder Krankengymnastik und analgetischer Medikation) vorgelegt.

Die Beklagte befragte den MDK. In der Stellungnahme vom 22.10.2008 führte Dr. S. aus, die beantragte komplexe multiprofessionelle Leistung sei nicht angezeigt; eine Heilmittelverordnung am Wohnort sei ausreichend.

Mit Bescheid vom 24.11.2008 lehnte die Beklagte die Gewährung einer stationären Rehabilitationsbehandlung ab; nach den Feststellungen des MDK sei eine stationäre Kur nicht notwendig, da (vorrangige) Heilmittelanwendungen am Wohnort nicht ausgeschöpft seien.

Zur Begründung des dagegen eingelegten Widerspruchs trug der Kläger vor, er habe bereits mehrere Behandlungen absolviert, Krankengymnastik und Massage hätten nicht geholfen.

Die Beklagte befragte erneut den MDK. Dr. A. teilte unter dem 11.2.2009 (wiederum) mit, indiziert sei anstelle der beantragten Leistung die Heilmittelverordnung am Wohnort, ggf. auch eine eigene Beübung durch den Kläger selbst.

Mit Widerspruchsbescheid vom 6.5.2009 wies die Beklagte den Widerspruch unter Hinweis auf die Stellungnahmen des MDK zurück. Der Widerspruchsbescheid wurde an den Kläger am 8.5.2009 abgesandt.

Mit Klageschrift vom 5.6.2009, die am gleichen Tag beim Landessozialgericht und nach Weiterleitung an das Sozialgericht Reutlingen dort am 8.6.2009 einging, erhob der Kläger Klage. Zur Begründung bekräftigte er sein Vorbringen im Verwaltungsverfahren.

Die Beklagte trug vor, der Kläger habe lediglich sechs Einheiten Krankengymnastik in der Zeit von Dezember 2007 bis Januar 2008 in Anspruch genommen. Auch Dr. E. habe einen konservativen Behandlungsversuch mit länger andauernder Krankengymnastik und analgetischer Medikation empfohlen, der nach Lage der Akten aber nicht durchgeführt worden sei.

Das Sozialgericht befragte Dr. W. ... Dieser führte im Bericht vom 29.7.2009 (u.a.) aus, er habe dem Kläger am 13.12.2007 sechs Mal Krankengymnastik verordnet, die dieser hoffentlich auch in Anspruch genommen habe. Außerdem seien schmerztherapeutisch Medikamente verordnet worden. Der Orthopäde B. habe Infiltrationen vorgenommen und Anleitungen zu Bewegungsübungen gegeben; auch eine chirotherapeutische Behandlung habe stattgefunden. Die orthopädische Mitbehandlung erfolge seit Ende 2007 mehr oder weniger regelmäßig. Der Kläger leide an wiederkehrenden Lendenwirbelsäulenbeschwerden, die sich in den letzten Jahren deutlich verstärkt hätten. Eine qualifizierte ambulante Therapie sei nicht im benötigten Ausmaß durchführbar. Eine medikamentöse Therapie unter entsprechenden stationären Kautelen sei hoch hilfreich. Physikalische Therapie habe sich nicht erfolgreich durchführen lassen. Der Kläger sei nur wenig mobil. Es bestünden Transportprobleme. Ambulantes Vorgehen habe der Kläger nicht hinreichend in Anspruch nehmen können, es habe auch nicht zum Erfolg geführt. Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme werde insgesamt zum Angehen der anhaltenden LWS-Beschwerden und des immer wieder maligne entgleiten arteriellen Hypertonus für indiziert erachtet.

Das Sozialgericht erhob sodann das Gutachten des Orthopäden Dr. L. vom 1.12.2009. Dieser führte aus, der Kläger leide unter einem lumbalen Wurzelreizsyndrom bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule und Spinalstenosen im Bereich L3 bis L5. Es gebe keine Hinweise auf ein ausgeprägteres lumbales Wurzelkompressionssyndrom, so dass ambulante physikalische Maßnahmen am Wohnort, ggf. die Durchführung einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme ausreichend sein dürften, zumal der Kläger berentet sei. Grundsätzlich erscheine eine dauerhafte medikamentöse Schmerztherapie nicht indiziert; auch sei die Durchführung einer stabilisierenden Krankengymnastikserie im Sinne einer Anleitung und anschließenden Durchführung der Krankengymnastik in Eigenregie ausreichend. Bislang sei die eingeleitete physikalische Therapie anscheinend noch nicht einmal durchgeführt worden. Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erscheine nicht indiziert. Ambulante Therapiemaßnahmen, gegebenenfalls auch im Sinne einer ambulanten Badekur, dürften durchaus ausreichend sein. Der Auffassung des MDK werde zugestimmt.

Der Kläger wandte sich gegen die Einschätzung des Dr. L.; man möge ein weiteres Gutachten gem. [§ 109 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) bei Dr. G., R., einholen, dessen Kosten von der (mit Beschluss des Sozialgerichts vom 1.9.2009 bewilligten) Prozesskostenhilfe abgedeckt werden sollten; er könne das Gutachten nicht finanzieren.

Mit Gerichtsbescheid vom 16.7.2010 wies das Sozialgericht die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, der Kläger könne eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht beanspruchen. Gem. [§ 11 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) hätten Versicherte Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und deren Verschlimmerung bzw. zur Behandlung einer Krankheit ([§ 11 Abs. 1 Nr. 2, 4 SGB V](#)) sowie auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich ergänzender Leistungen, die notwendig seien, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern ([§ 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Die Leistungen müssten ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürften das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich seien, könnten Versicherte nicht beanspruchen, dürften die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkasse nicht bewilligen ([§ 12 SGB V](#)). Gem. [§ 40 SGB V](#) erbringe die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, wenn bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreiche, um die in [§ 11 Abs. 2 SGB V](#) beschriebenen Ziele zu erreichen. Genügten die Leistung nach [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) nicht, gewähre die Krankenkasse gem. [§ 40 Abs. 2 SGB V](#) eine stationäre Rehabilitationsbehandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung. Sie bestimme nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach [§ 40 Abs. 1](#) und 2 SGB V sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen ([§ 40 Abs. 3 SGB V](#)).

Die Voraussetzungen für die Gewährung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme seien nicht erfüllt. Der Kläger leide nach den Feststellungen des Dr. L. unter einem lumbalen Wurzelreizsyndrom bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule sowie unter Spinalstenosen im Bereich der Lendenwirbelsäule (Bereich L3 bis L5). Ein ausgeprägteres lumbales Wurzelkompressionssyndrom bestehe nicht. Der Gutachter habe eine stationäre Rehabilitationsbehandlung nicht für erforderlich erachtet, vielmehr überzeugend angenommen, dass ambulante Therapiemaßnahmen, gegebenenfalls auch eine ambulante Badekur, ausreichten, um den gesundheitlichen Beeinträchtigungen entgegenzuwirken. Physiotherapeutische Maßnahmen (Krankengymnastik) seien bisher auch nur in einer Serie im Dezember 2007 und Januar 2008 durchgeführt worden. Es bestünden daher weitere ambulante Therapieoptionen. Auch die von Dr. E. empfohlene konservative Behandlung mit länger andauernder Krankengymnastik und analgetischer Medikation sei bisher nicht erfolgt. Aus den Angaben des Dr. W. gehe zwar eine längere Krankheitsgeschichte mit vielfältigen Behandlungen, jedoch keine wiederkehrende und konsequente krankengymnastische Behandlung bzw. Eigenbeübung hervor. Auch der arterielle Hypertonus müsse zunächst ambulant fachärztlich behandelt werden; aktuelle Behandlungen dieser Art würden indessen nicht berichtet. Die Entscheidung der Beklagten folge dem Stufensystem der Rehabilitationsleistungen, wonach die ambulante Krankenbehandlung den Rehabilitationsleistungen, insbesondere den vollstationären Rehabilitationsbehandlungen, vorgehe und sei insgesamt rechtmäßig. (vgl. hierzu Hauck/Haines, Kommentar zum SGB V, Anm. 41 f zu [§ 40 SGB V](#)). Eine weitere Begutachtung sei entbehrlich.

Auf den ihm am 22.7.2010 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 17.8.2010 Berufung eingelegt, zu deren Begründung er sich auf sein bisheriges Vorbringen bezieht. Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 16.7.2010 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 24.11.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 6.5.2009 zu verurteilen, ihm nach Maßgabe der Verordnung des Dr. W. vom 7.8.2008 eine stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend.

Mit Beschluss vom 14.12.2010 (- [L 5 KR 3897/10](#) -) hat der Senat einen Antrag des Klägers auf Gewährung von Prozesskostenhilfe für das vorliegende Berufungsverfahren abgelehnt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gem. [§§ 143, 144, 151 SGG](#) statthafte und auch sonst zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, ihm eine stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlung zu gewähren; er hat darauf keinen Anspruch.

Das Sozialgericht hat in seinem Gerichtsbescheid zutreffend dargelegt, nach welchen Rechtsvorschriften das Leistungsbegehren des Klägers zu beurteilen ist, und weshalb ihm danach eine stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlung nicht zusteht. Der Senat nimmt auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Gerichtsbescheids und ergänzend auf die Gründe seines Beschlusses vom 14.12.2010 (- [L 5 KR 3897/10](#) -) über die Ablehnung von Prozesskostenhilfe für das vorliegende Berufungsverfahren Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Der Kläger hat zur Begründung seiner Berufung Neues nicht vorgetragen.

Bei dieser Sachlage drängen sich dem Senat angesichts der vorliegenden Arztberichte und des Gutachtens des Dr. L. weitere Ermittlungen, insbesondere weitere Begutachtungen, nicht auf.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-03-16