L 5 KR 714/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 2 KR 1050/10
Datum
15.01.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 714/13
Datum
04.09.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 15.1.2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt eine stationäre Rehabilitationsbehandlung.

Der 1928 geborene Klägerin (GdB 100, Merkzeichen B (Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel)), Rentnerin und bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert, absolvierte (nach einem linkszerebralen Insult) eine stationäre Rehabilitationsbehandlung vom 19.8.2008 bis 17.9.2008 in der geriatrischen Rehabilitationsklinik M ...

Unter dem 3.6.2009 verordnete der Allgemeinarzt Dr. F. der Klägerin eine stationäre Rehabilitationsbehandlung. Rehabilitationsrelevante Diagnosen seien Mitralsuffizienz I-II-CVRF, arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie und Adipositas. Die Klägerin leide unter allgemeiner Schwäche, Vergesslichkeit von Wörtern, Bewegungseinschränkungen an Armen und Beinen und an einer Essstörung. Rehabilitationsziel seien die Verbesserung der Beweglichkeit, des allgemeinen Gesundheitszustands und der allgemeinen Belastbarkeit.

Auf die bei ihr am 15.6.2009 eingegangene Verordnung befragte die Beklagte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK). In der Stellungnahme vom 12.8.2009 führte Dr. J.-Sch. aus, eine zwingende Indikation für eine vorgezogene Maßnahme sei den Unterlagen nicht zu entnehmen. Die Fortführung der physikalischen Therapie sei ausreichend.

Mit Bescheid vom 13.8.2009 lehnte die Beklagte den Antrag unter Hinweis auf die MDK-Stellungnahme vom 12.8.2009 ab.

Zur Begründung des dagegen eingelegten Widerspruchs trug die Klägerin vor, sie leide an zahlreichen schweren Erkrankungen, u.a. an einer koronaren Herzkrankheit, Hypertonie, einer arteriellen Verschlusskrankheit, Spinalkanalstenose lumbal, Niereninsuffizienz, Lymphödem an den Beinen und an Gonarthrose links. Die Rehabilitationsbehandlung sei notwendig, um der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Ambulante Maßnahmen am Wohnort reichten nicht aus. Wegen der Spinalkanalstenose sei ihre Beweglichkeit stark eingeschränkt und sie leide unter ständigen Schmerzen. Hinzu kämen die Auswirkungen eines Schlaganfalls und Herzinfarkts 2008. Seinerzeit habe sie eine Anschlussheilbehandlung nicht bekommen.

Die Beklagte befragte erneut den MDK. In der MDK-Stellungnahme vom 2.11.2009 führte Dr. W. aus, bei der Klägerin sei eine Spinalkanalstenose in Höhe L3/4 bekannt. Ferner bestünden deutliche degenerative Veränderungen der LWS. Nach linkszerebralem Insult 7/2008 sei eine geriatrische Rehabilitation durchgeführt worden. Der Verlauf des Herzinfarkts sei komplikationslos. Die Herzfunktion sei insgesamt nicht eingeschränkt. Aus den vorliegenden Angaben ergebe sich nicht zwingend die Notwendigkeit einer erneuten stationären Rehabilitation. Hinsichtlich der noch bestehenden Einschränkungen nach Schlaganfall bzw. aufgrund der Spinalkanalstenose und der degenerativen LWS-Veränderungen sei eine regelmäßige kontinuierliche physikalische Therapie am Wohnort ausreichend und zweckmäßig. Durch eine stationäre Maßnahme sei eine wesentliche zusätzliche Verbesserung nicht zu erwarten. Von Seiten des Herzinfarkts bzw. der angegebenen eingeschränkten körperlichen Belastbarkeit sei eine nennenswerte Änderung durch ein Heilverfahren ebenfalls nicht zu erwarten. Bei der Klägerin bestehe eine Adipositas. Zur Entlastung der degenerativen Wirbelsäulenveränderungen sei eine Gewichtsreduktion zu empfehlen; das gelte auch für die gewünschte Verbesserung der kardialen Leistungsfähigkeit.

Mit Widerspruchsbescheid vom 4.2.2010 (zur Post gegeben am 9.2.2010) wies die Beklagte den Widerspruch zurück, worauf die Klägerin am 11.3.2010 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe erhob. Ihr Gesundheitszustand habe sich seit der letzten Rehabilitationsmaßnahme im August/September 2008 erheblich verschlechtert. Sie sei auf ständige Begleitung bei Arzt- und Behandlungsterminen angewiesen und könne deswegen ambulante Behandlungen nicht im notwendigen Umfang in Anspruch nehmen. Die Ärzte des MDK hätten sie nicht untersucht.

Das Sozialgericht zog die Verwaltungsakten des Schwerbehindertenverfahrens bei und befragte behandelnde Ärzte.

Der Orthopäde Dr. Dr. D. führte im Bericht vom 9.7.2010 aus, ambulante Behandlungsmaßnahmen seien seiner Ansicht nach ausgeschöpft; diese seien für die Klägerin zu belastend; empfohlen würden regelmäßige physikalische Therapiemaßnahmen, ggf. eine stationäre Reha. Der Internist und Kardiologe Dr. M. gab unter dem 20.7.2010 an, wesentliche Änderungen im Gesundheitszustand der Klägerin habe er im Verlauf der Behandlung nicht festgestellt; medizinische Leistungen zur Abwendung einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit seien nicht notwendig. Der Allgemeinarzt Dr. F. führte im Bericht vom 25.2.2011 aus, der Gesundheitszustand der Klägerin habe sich eher verschlechtert, jedenfalls nicht verbessert. Die Klägerin habe ab Februar 2010 Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Patientenschulungen und regelmäßige Herz-Kontrolluntersuchungen in seiner Praxis ganz überwiegend abgelehnt bzw. sei zu vereinbarten Terminen nicht erschienen. Sie pflege andererseits jedoch eine lebhaft Besuchstätigkeit bei anderen Ärzten (Kardiologe, Dermatologe, Orthopäde). Er könne nicht erkennen, welche stationären Reha-Leistungen für die Klägerin sinnvoll und nützlich wären. Ohne eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme (vor dem 7.9.2012) seien erhebliche gesundheitliche Schäden oder Nachteile nicht zu befürchten. Dem Sozialgericht lag (.a.) ein Entlassbericht der Enzkreiskliniken (Geriatrische Rehabilitationsabteilung M.) vom 15.3.2011 vor. Darin ist (u.a.) ausgeführt, die Wegstrecke ohne Hilfsmittel sei unbegrenzt; ambulante Therapien seien nicht erforderlich, empfohlen werde die Teilnahme an einer Seniorensportgruppe.

Das Sozialgericht beauftrage den Internisten, Neurologen und Psychiater Dr. Sch. mit der Erstellung eines Gutachtens. Einen von diesem anberaumten Begutachtungstermin sagte die Klägerin ab und bat das Sozialgericht um eine Entscheidung nach Aktenlage; die Fahrt zur Begutachtung (von Pforzheim) nach Mannheim sei für sie zu belastend.

Mit Gerichtsbescheid vom 15.1.2013 wies das Sozialgericht die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, den vorliegenden Arztunterlagen lasse sich nicht überzeugend entnehmen, dass die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft seien. Die (rehabilitationsrelevanten) Gesundheitsstörungen der Klägerin, wie allgemeine Schwäche, Bewegungseinschränkung der Arme und Beine, Essstörung, Spinalkanalstenose, deutliche degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule, Hemiparese rechts (nach Schlaganfall im Juli 2008), erforderten eine regelmäßige kontinuierliche physikalische Therapie, die bislang auch durchgeführt worden sei. So erhalte die Klägerin Bewegungstherapie und Massagen. Außerdem seien stationäre Schmerztherapien vorgenommen worden. Dass die Klägerin aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage sei, ambulante Behandlungstermine wahrzunehmen, gehe aus den vorliegenden Unterlagen nicht hervor. Der Orthopäde Dr. Dr. D. habe vielmehr regelmäßige physikalische Therapiemaßnahmen als geeignete Behandlung empfohlen. Auch der Allgemeinarzt Dr. F. habe über eine lebhaft Besuchstätigkeit der Klägerin bei anderen Ärzten berichtet. Dr. F., der die Rehabilitationsmaßnahme ursprünglich verordnet habe, halte sehe mittlerweile ebenfalls keinen Rehabilitationsbedarf mehr; er könne nicht erkennen, welche stationären Rehabilitationsleistungen für die Klägerin sinnvoll und nützlich sein könnten (Bericht 25.2.2011). Eine stationäre Rehabilitationsbehandlung sei schließlich auch wegen der Folgen des Herzinfarkts nicht erforderlich, dies entspreche der Einschätzung des behandelnden Kardiologen Dr. M ...

Auf den ihr am 17.1.2013 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am Dienstag, dem 19.2.2013 (Eingang der Berufungsschrift beim Landessozialgericht), Berufung eingelegt; die Berufungsschrift hat sie als Einschreiben am Samstag, dem 16.2.2013, zur Post gegeben.

Zur Begründung der Berufung bekräftigt die Klägerin ihr bisheriges Vorbringen. Ergänzend trägt sie vor, nach Ansicht des Dr. Dr. D. seien ambulante Behandlungsmaßnahmen ausgeschöpft. Ambulante Behandlungen seien für sie auch zu belastend. Wegen ihrer schweren Erkrankungen müsse sie Fachärzte (Dr. Dr. D. und Dr. M.) - in Begleitung ihrer Tochter - konsultieren; weitere Fachärzte könne sie nicht besuchen und besuche sie auch nicht. Wegen der Arztbesuche müsse sie sich nach ihrer berufstätigen Tochter richten. Sie habe die Rehabilitationsbehandlung wegen orthopädischer und nicht wegen kardiologischer Erkrankungen beantragt. Die Versorgungsverwaltung habe ihr das Merkzeichen B zuerkannt, was die Einschränkungen ihrer Beweglichkeit zusätzlich verdeutliche.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 15.1.2013 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 13.8.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 4.2.2010 zu verurteilen, ihr eine stationäre Rehabilitationsbehandlung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend.

Die Beteiligten haben sich mit einer Senatsentscheidung ohne mündliche Verhandlung gem. [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) einverstanden erklärt.

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:

Im Einverständnis der Beteiligten entscheidet der Senat ohne mündliche Verhandlung ([§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG](#)).

Die Berufung der Klägerin ist gem. [§§ 143, 144, 151 SGG](#) statthaft und auch sonst zulässig, insbesondere rechtzeitig erhoben; die Berufungsfrist ([§ 151 SGG](#)) gilt als gewahrt. Zwar ist die Berufungsschrift der Klägerin (erst) am (Dienstag, dem) 19.2.2013, und damit am Tag nach Ablauf der einmonatigen Berufungsfrist am (Montag, dem) 18.2.2013 ([§ 64 Abs. 2, 3 SGG](#), Zustellung des angefochtenen Gerichtsbescheids am 17.1.2013) beim Landessozialgericht eingegangen. Die Klägerin hatte die Berufungsschrift aber am Samstag, dem 16.2.2013, als Einschreiben zur Post gegeben. Nach den gerichtsbekannten Angaben der Deutschen Post werden Einschreiben der vorliegenden Art am ersten Tag nach der Einlieferung zugestellt; das ist hier der Montag, der 18.2.2013. Hierauf darf sich die Klägerin verlassen, so dass sie wegen des Eingangs der Berufungsschrift am zweiten Tag nach der Einlieferung, am Dienstag, dem 19.2.2013, kein Verschulden trifft. Ihr wird daher von Amts wegen Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gegen die Versäumung der Berufungsfrist gewährt ([§ 67 SGG](#)).

Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Die Beklagte hat die Gewährung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme zu Recht abgelehnt; die Klägerin hat darauf keinen Anspruch.

I. Rechtsgrundlage für die Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen durch die Krankenkasse ist [§ 11 Abs. 2 SGB V](#) i. V. m. [§ 40 SGB V](#).

Gem. [§ 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte 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.

Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um diese Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen gem. [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach [§ 111c SGB V](#) besteht, bzw. in stationären Pflegeeinrichtungen nach [§ 72 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI). Reichen (auch) ambulante Rehabilitationsleistungen dieser Art nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach [§ 20 Abs. 2a](#) Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht ([§ 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Die Krankenkasse bestimmt 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. Rehabilitationsleistungen können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ([§ 40 Abs. 3 Satz 1](#) und 4 SGB V).

Leistungen der Rehabilitation i. S. d. [§ 40 SGB V](#) stellen Komplexmaßnahmen dar, bei denen die im Einzelfall erforderlichen therapeutischen Interventionen (z.B. Krankengymnastik, Bewegungs-, Sprach- und Beschäftigungstherapie, Psychotherapie und Hilfsmittelversorgung) aufgrund eines ärztlichen Behandlungsplanes (vgl. [§ 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#)) zu einem in sich verzahnten Gesamtkonzept zusammengefasst sind. Wie alle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen sie dem Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 Abs. 1 SGB V](#). Danach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Daran anknüpfend sieht [§ 40 SGB V](#) ein Stufenverhältnis vor. Eine stationäre Rehabilitationsbehandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung kommt - sofern mit ihr das Rehabilitationsziel überhaupt erreicht werden kann - daher nur dann in Betracht, wenn weder eine ambulante Krankenbehandlung noch eine ambulante Rehabilitation in einer wohnortnahen Einrichtung oder eine ambulante Rehabilitationsleistung in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht, ausreichend ist.

II. Davon ausgehend steht der Klägerin eine stationäre Rehabilitationsbehandlung (derzeit) nicht zu. Das Sozialgericht hat das in seinem Gerichtsbescheid zutreffend dargelegt. Der Senat nimmt auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Gerichtsbescheids Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Ergänzend ist im Hinblick auf das Vorbringen der Beteiligten im Berufungsverfahren anzumerken:

Die Gewährung einer stationären Rehabilitationsbehandlung scheitert daran, dass die gem. [§ 40 Abs. 1 bis 3 SGB V](#) vorrangig wahrzunehmende ambulante Krankenbehandlung und Heilmittelanwendung (bzw. eine ebenfalls vorrangige ambulante Rehabilitationsbehandlung) nicht ausgeschöpft sind. Das geht aus den MDK-Stellungnahmen der Dres. J.-Sch. und W. hervor. Danach sind in erster Linie ambulante physikalische Therapien (wie Massagen, Bewegungstherapien u.a.) indiziert, um die Beweglichkeit der (1928 geborenen und naturgemäß unter altersbedingten orthopädischen Erkrankungen leidenden) Klägerin zu verbessern; auf kardiologische Erkrankungen stützt die Klägerin ihr Leistungsbegehren nicht (mehr). Dass die Klägerin erforderliche Behandlungsmaßnahmen nur im Rahmen einer stationären Rehabilitationsbehandlung in Anspruch nehmen könnte, hat der MDK (Dr. W., MDK-Stellungnahme vom 2.11.2009) den vorliegenden Befunden nicht entnehmen können. Eine Untersuchung der Klägerin ist dafür nicht erforderlich. Die Klägerin konsultiert offensichtlich, wenngleich in Begleitung ihrer Tochter, behandelnde Ärzte. Dr. F. hat hierüber berichtet und - als behandelnder Hausarzt - eine stationäre Rehabilitationsbehandlung im Bericht vom 25.2.2011 nicht (mehr) für sinnvoll und nützlich erachtet. Dass der Klägerin das Merkzeichen B zuerkannt worden und sie deshalb berechtigt ist, bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel eine Begleitperson mitzunehmen, begründet die Unfähigkeit zur Wahrnehmung ambulanter Behandlungen nicht.

Weitere Ermittlungen drängen sich dem Senat angesichts der vorliegenden Arztberichte und MDK-Stellungnahmen nicht auf. Die vom SG beabsichtigte gutachterliche Untersuchung konnte nicht durchgeführt werden, weil sich die Klägerin dazu aus gesundheitlichen Gründen außerstande sah. Da die vorliegenden Befunde, ärztlichen Auskünfte und Befundbeschreibungen ein hinreichend klares Bild vom Gesundheitszustand der Klägerin geben, konnte der Senat auch ohne erneuten Versuch einer Begutachtung entscheiden.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen, weshalb die Berufung der Klägerin erfolglos bleiben muss. Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

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

Rechtskraft

Aus

Login
BWB
Saved
2013-09-17