# L 5 KR 306/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KR 1347/15
Datum
09.12.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 306/16
Datum
09.05.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 09.12.2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Der Kläger begehrt von der Beklagten die Gewährung einer stationären Vorsorgemaßnahme.

Der 1941 geborene bei der Beklagten versicherte Kläger leidet an einer lumbalen Spinalkanalstenose. Insoweit unterzog er sich am 27.09.2013 einer mikrochirurgischen Dekompression. Hieran schloss sich auf Kosten der Beklagten eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in der Rehabilitationsklinik Bad Sch. vom 08.10. bis 25.10.2013 an. Bei reizloser Narbenbildung war das Gangbild bei Entlassung unauffällig. Der Kläger konnte weitestgehend selbstständig entlassen werden. Als Nachsorgeempfehlung/Therapievorschlag wurde die regelmäßige Durchführung der erlernten Eigenübungen, bedarfsweise Verordnung stabilisierender WS-Krankengymnastik, Teilnahme am Gesundheitsprogramm der Krankenkasse (Gymnastik) und Rückenschwimmen genannt.

Am 30.07.2014 beantragte der Kläger bei der Beklagten eine stationäre Vorsorgebehandlung und gab hierbei nach wie vor bestehende gesundheitliche Probleme beim Laufen und Stehen aufgrund der lumbalen Spinalkanalstenose an. Im ärztlichen Befundbericht zur Anregung einer stationären Vorsorgemaßnahme vom gleichen Tag teilte der Facharzt für Allgemeinmedizin, Dr. W., mit, dass beim Kläger folgende antragsrelevante Diagnosen zu berücksichtigen seien:

1. lumbale Spinalkanalstenose L 2 bis L 5, 2. Zustand nach mikrochirurgischer Dekompression 09/2013, 3. Z.n. Prostata-OP 2005 (TUR), 4. Z.n. Cholecystekomie 2012, 5. Z.n. Polyserositis

In den letzten 12 Monaten seien jeweils ca. 30 Einheiten Krankengymnastik und physikalische Therapie erfolgt. Da bereits zahlreiche ambulante Maßnahmen durchgeführt worden seien, sei nunmehr eine intensive Behandlung notwendig. Die Maßnahme sei auch dringend erforderlich, da nach Mitteilung des Neurologen nach wie vor der Befund der lumboischialgieformen Beschwerden vorhanden sei. Das angestrebte Versorgungsziel sei daher mit einer Schmerzlinderung und Reduktion der Beschwerden zu umschreiben.

Mit Bescheid vom 13.08.2014 lehnte die Beklagte den Antrag auf eine stationäre Vorsorgeleistung ab. Vom 08.10.2013 bis 25.10.2013 sei eine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt worden. Aufgrund der gesetzlichen Vierjahresfrist bestehe frühestens ab 26.10.2017 ein neuer Leistungsanspruch. Etwas anderes ergebe sich nur bei einer dringenden Notwendigkeit. Diese sei jedoch nicht gegeben. Vorrangig sei eine fachärztliche Mitbehandlung (Orthopäde, Neurologe), manuelle Therapie und eine Schmerztherapie.

Dagegen legte der Kläger am 01.09.2014 Widerspruch ein. Zur Begründung legte er die Bescheinigung des behandelnden Hausarztes Dr. W. vom 24.09.2014 sowie einen Arztbrief von Dr. A. (Arzt für Neurochirurgie) vom 19.09.2014 vor, wonach eine konservative Therapie der Claudicatio spinalis als notwendig angesehen wird, um eine neue Operation zu verhindern und die Schmerzsymptomatik zu lindern.

Die Beklagte beauftragte daraufhin den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der sozialmedizinischen Fallberatung. Dr. Sch. teilte in seiner Stellungnahme vom 09.10.2014 mit, dass nach den vorliegenden Unterlagen keine Beeinträchtigung der Aktivitäten

und/oder Teilhabe vorliege, welche eine komplexe, interdisziplinäre rehabilitative Leistung, auch vor Ablauf des Mindestabstandes von vier Jahren, dringend notwendig erscheinen lasse. Soweit eine Beeinträchtigung der Aktivität und/oder Teilhabe vorliege, sei diese ausreichend ambulant zu behandeln. Am Wohnort verfügbare Möglichkeiten der ambulanten vertragsärztlichen Behandlung seien nicht ausgeschöpft.

Mit Widerspruchsbescheid vom 12.05.2015 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Nach Auswertung der vorliegenden Unterlagen sei der MDK zu dem Ergebnis gekommen, dass die erneute Durchführung einer Vorsorgemaßnahme medizinisch nicht notwendig sei. Es bestünden keine neurologischen Defizite. Vielmehr sei das Gangbild frei und unauffällig. Des Weiteren lägen keine Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe vor, welche einer komplexen, interdisziplinären rehabilitativen Leistung bedürften. Somit sei vorrangig eine entsprechende Heilmitteltherapie am Wohnort medizinisch ausreichend und erfolgsversprechend.

Hiergegen richtete sich die am 05.06.2015 zum Sozialgericht Reutlingen (SG) erhobene Klage. Zur Begründung trug der Kläger vor, dass Heilmitteltherapien bereits dutzendfach durchgeführt worden seien. Dr. W. und Dr. A. befürworteten eindeutig eine stationäre Kur. Demgegenüber habe ihn der MDK nicht untersucht.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. In den letzten 24 Monaten habe der Kläger lediglich 12 mal eine manuelle Therapie in Anspruch genommen, sechs Anwendungen im Jahr 2013 und sechs Anwendungen im Jahr 2015. Hiernach könne von einer Ausschöpfung der ambulanten Maßnahmen keine Rede sein.

Das SG befragte daraufhin den Allgemeinarzt Dr. W. als sachverständigen Zeugen. Dieser teilte unter dem 05.10.2016 mit, dass ab Januar 2014 ca. 12 physiotherapeutische Behandlungen durchgeführt worden seien. Zeitweilig seien antiphlogistische Medikamente verordnet worden. Ambulante Maßnahmen seien aufgrund der Beschwerden nach Meinung des mitbehandelnden Neurologen und des mitbehandelnden Neurochirurgen nicht ausreichend. Eine erneute stationäre Maßnahme werde von ihnen befürwortet, bevor eine erneute Operation zur Schmerzlinderung oder Beschwerdelinderung durchgeführt werden solle. Zwar treffe es zu, dass nicht zahlreiche physiotherapeutische Maßnahmen durchgeführt worden seien. Diese seien jedoch vom Patienten als nicht ergiebig bzw. schmerzlindernd empfunden worden. Nur eine intensive tägliche Therapie, die so ambulant nicht durchgeführt werden könne, könne eine Besserung der Beschwerden erreichen und eine erneute Operation verhindern.

Aus dem vom SG noch angeforderten Ausdruck der Beklagten über die vom Kläger ab Januar 2014 in Anspruch genommenen Therapiemaßnahmen geht hervor, dass der Kläger im März, im Mai und im Juni 2015 jeweils sechs manuelle Therapien erhielt.

Mit Urteil vom 09.12.2015 wies das SG die Klage ab. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Gewährung einer stationären Vorsorgemaßnahme. Auch die Voraussetzungen für die vorzeitige Gewährung einer weiteren stationären Rehabilitationsmaßnahme lägen nicht vor. Der Kläger leide unstreitig unter anhaltenden und noch erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen. Gleichwohl lägen die Voraussetzungen für eine stationäre Vorsorgemaßnahme nicht vor. Zwar stehe die Wartezeit gem. § 23 Abs. 5 Sozialgesetzbuch (SGB) V der Bewilligung einer stationären Vorsorgemaßnahme nicht entgegen, nachdem im Oktober 2013 eine Maßnahme der Anschlussrehabilitation nach der Wirbelsäulenoperation durchgeführt worden sei. Zutreffend habe jedoch der MDK ausgeführt, dass vor einer stationären rehabilitativen Maßnahme, eine Intensivierung der ambulanten Behandlung einzuleiten sei. Es sei nicht festzustellen, dass die Nachsorgeempfehlung der Rehabilitationsklinik bereits umfassend umgesetzt worden sei. Auch wenn der Kläger regelmäßig und täglich schwimme sowie verschiedene Übungen mit der Unterstützung eines Bekannten durchführe, seien die Physiotherapie oder andere ambulante Maßnahmen, die ebenfalls der stationären Vorsorgemaßnahme vorrangig seien, seit Oktober 2013 nur in geringem Ausmaß in Anspruch genommen worden. Hiernach sei die Ablehnung der stationären Maßnahme nicht zu beanstanden. Ergänzend wies das SG darauf hin, dass auch die Voraussetzungen einer vorgezogenen stationären Rehabilitationsmaßnahme nicht erfüllt seien. Auch hier gelte der Grundsatz, dass Beschwerden durch ambulante Maßnahmen zunächst weiter behandelt werden könnten und der Bereich der ambulanten Behandlungen noch nicht ausgeschöpft sei. Für eine vorzeitige stationäre Rehabilitationsmaßnahme sei zudem gem. § 40 Abs. 3 Satz 4 SGB V zu verlangen, dass die vorzeitige Leistung aus medizinischen Gründen dringend erforderlich sei. Eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes, der eine sofortige Durchführung der stationären Rehabilitation geboten erscheinen lasse, sei nach Beurteilung des MDK, die vom Gericht geteilt werde, nicht gegeben.

Das Urteil wurde dem Kläger mittels Postzustellungsurkunde am 24.12.2015 zugestellt.

Hiergegen richtet sich die am 21.01.2016 zum Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) erhobene Berufung. Zur Begründung wiederholt und vertieft der Kläger seine Ausführungen aus dem bisherigen Verfahren. Dr. W., Dr. A. und Dr. P. würden sich übereinstimmend für eine intensive stationäre Maßnahme aussprechen. Nur hierdurch könne eine Besserung der Beschwerden und die Verhinderung einer erneuten Operation erreicht werden. Eine solche Operation mit Verblockung der Wirbelkörper bedeute für ihn als Patient ein hohes Risiko, wobei der Krankenkasse erhebliche Mehrkosten entstünden.

Der Kläger beantragt daher - sinngemäß -,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 09.12.2015 sowie den Bescheid vom 13.08.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12.05.2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm eine vorzeitige stationäre Vorsorgemaßnahme zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Im vom Berichterstatter durchgeführten Erörterungstermin hat der Kläger angegeben, dass er im Jahr 2016 bislang keine physiotherapeutischen Maßnahmen in Anspruch genommen habe und keine fachärztliche Behandlung erfolgt sei.

Der Berichterstatter hat die Beteiligten im Rahmen des Erörterungstermins vom 20.04.2016 bzw. in der Niederschrift informiert, dass der Senat erwäge, die Berufung nach § 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung und ohne Mitwirkung ehrenamtlicher Richter durch Beschluss zurückzuweisen, da der Senat die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche

Verhandlung nicht für erforderlich halte. Den Beteiligten ist Gelegenheit zur Äußerung gegeben worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird im Übrigen auf die Sozialgerichtsakte erster und zweiter Instanz sowie die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

II.

Der Senat entscheidet über die Berufung des Klägers gem. § 153 Abs. 4 SGG durch Beschluss, weil er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Der Rechtsstreit weist nach Einschätzung des Senats keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht auf, die mit den Beteiligten in einer mündlichen Verhandlung erörtert werden müssten. Zu der beabsichtigten Verfahrensweise hat der Senat die Beteiligten gehört.

Die Berufung des Klägers ist gem. § 143 SGG statthaft und wurde gem. § 151 Abs. 1 SGG auch form- und fristgerecht eingelegt. Sie bedarf nicht der Zulassung, da der Beschwerdewert von 750,00 EUR im Sinn des § 144 Abs. 1 Nr. 1 SGG angesichts der zu erwartenden Kosten einer stationären Vorsorgemaßnahme überschritten ist.

Die Berufung des Klägers ist aber unbegründet. Das SG hat die Klage mit Urteil vom 09.12.2015 zu Recht abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf eine stationäre Vorsorgemaßnahme.

Nach § 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB V haben Versicherte u. a. Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung. Nach § 23 Abs. 1 SGB V umfasst der Anspruch erwachsener Versicherter auf Leistungen zur Verhütung von Krankheiten die ärztliche Behandlung und die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, wenn diese notwendig sind, eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen (Nr. 1), Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden (Nr. 3) oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden (Nr. 4). Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Abs. 1 nicht aus, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten erbringen (§ 23 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Abs. 1 und 2 nicht aus, kann die Krankenkasse Behandlungen mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111 SGB V besteht (§ 23 Abs. 4 Satz 1 1. Halbsatz SGB V). Die Vorschrift gewährt damit Ansprüche auf diese ansonsten nur unter den Voraussetzungen der §§ 27 ff. SGB V zu gewährenden Leistungen auch dann, wenn ein nach § 27 SGB V behandlungsbedürftiger Zustand noch nicht eingetreten ist, er aber ohne diese Leistungen einzutreten droht.

Diese Voraussetzungen liegen beim Kläger nicht vor. Er begehrt keine Behandlung zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung, sondern die Behandlung der bei ihm bereits eingetretenen Erkrankung. Der Kläger leidet ausweislich der ärztlichen Unterlagen an einer lumbalen Spinalkanalstenose L 2 bis L5 sowie an einem Zustand nach mikrochirurgischer Dekompression 09/2013, der weiterhin zu lumboischialgieformen Beschwerden führt. Dies bestätigen übereinstimmend die behandelnden Ärzte des Klägers. Auch der Kläger selbst begründet seinen Antrag mit weiterhin bestehenden Beschwerden beim Laufen und Stehen. In Übereinstimmung mit der Einschätzung des MDK begehrt der Kläger damit die Behandlung der bei ihm vorliegenden Erkrankung und damit eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme und keine Vorsorgemaßnahme.

Darüber hinaus ist die vom Kläger begehrte Behandlung in einer stationären Vorsorgeeinrichtung aber auch nicht erforderlich, sondern eine ambulante Behandlung am Wohnort ausreichend. Hinsichtlich der Erkrankung der Lendenwirbelsäule befindet sich der Kläger derzeit nicht in fachärztlicher Behandlung. Dies hat der Kläger nochmals im Erörterungstermin vor dem Berichterstatter bestätigt. Auch Krankengymnastik und physikalische Therapie hat er in den Jahren 2014 und 2016 nicht in Anspruch genommen; im Jahr 2013 nur in nicht nennenswertem Umfang von sechs Anwendungen und im Jahr 2015 im Umfang von 18 Anwendungen. Dies ergibt sich aus den Abrechnungsunterlagen der Beklagten und den ergänzenden Angaben der Klägers. Zutreffend hat daher der MDK angenommen, dass die ambulante Behandlung am Wohnort noch nicht ausgeschöpft ist.

Soweit der Kläger pauschal vorträgt, dass weder eine fachärztliche noch eine krankengymnastische oder physikalische Therapie zu einer Besserung seiner Beschwerden führen kann, steht dies im Widerspruch zum Entlassbericht. Danach konnte der Kläger von der Krankengymnastik, der Haltungsschule, der Sporttherapie sowie der Ergotherapie profitieren. Dementsprechend sind die Nachsorgeempfehlungen nachvollziehbar und schlüssig. Eine Umsetzung derselben erfolgte bislang freilich nicht umfassend. Zutreffend hat daher der MDK auch darauf hingewiesen, dass keine Anhaltspunkte für die Notwendigkeit einer komplexen, interdisziplinären stationären Maßnahme vorliegen.

Ob das Begehren des Klägers im Hinblick auf die bei ihm vorliegende Erkrankung als Antrag auf Rehabilitationsmaßnahme umzudeuten ist, kann dahingestellt bleiben, denn die Voraussetzungen für eine solche Maßnahme liegen nicht vor.

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. Nach § 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V haben Versicherte u. a. Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde oder andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu lindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Gem. § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB V gilt: Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 SGB V beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt 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 Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, durch wohnortnahe Einrichtungen. Reichen die Leistungen nach Abs. 1 nicht aus, erbringt gem. § 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 20 Abs. 2a SGB IX zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 SGB V besteht. Nach § 40 Abs. 3 Satz 4 SGB V können Leistungen nach den Abs. 1 und 2 (§ 40 SGB V) 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.

Die Voraussetzungen für eine solche Rehabilitationsmaßnahme, sowohl in ambulanter als auch in stationärer Form, sind im Fall des Klägers nicht erfüllt.

Zum einen fehlt die nach § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 und 7 SGB V sowie § 2 Abs. 5 Satz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) notwendige Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Verordnungsberechtigt waren insoweit nach der bis 31.03.2016 geltenden Rehabilitations-Richtlinie vom 16.03.2004, zuletzt geändert am 17.04.2014, in Kraft getreten am 27.06.2014 nur solche Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die über eine entsprechende rehabilitationsmedizinische Qualifikation verfügen und eine entsprechende Genehmigung (der Kassenärztlichen Vereinigung) besaßen (§ 11 Abs. 1 Satz 2 Rehabilitations-Richtlinie). Nach der seit 01.04.2016 geltenden Fassung der Rehabilitations-Richtlinie (Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 15.10.2015) ist zwar keine Genehmigung des Arztes mehr erforderlich. Die Beratung über und die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erfordert aber weiterhin spezielle Kenntnisse. Hier liegt keine entsprechende Verordnung einer Rehabilitationsmaßnahme vor. Ob Dr. W. über eine Genehmigung verfügt oder spezielle Kenntnisse hat, kann dahingestellt bleiben. Denn soweit Dr. W. im ärztlichen Befund zur Anregung einer Vorsorgemaßnahme eine stationäre Maßnahme für angebracht hält, wird hiermit allenfalls eine Vorsorgemaßnahme verordnet. Diese kann nicht in eine entsprechende Verordnung einer Leistung der medizinischen Rehabilitation umgedeutet werden (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 24.04.2015, - L 4 KR 173/14 -, nv.).

Zum anderen sind aber auch - insoweit wird auf die obigen Ausführungen verwiesen - die Möglichkeiten der ambulanten Behandlung nicht ausgeschöpft.

Damit ist aber der vom Kläger geltend gemacht Anspruch auf eine stationäre Maßnahme unter keinem Gesichtspunkt gegeben. Auf die Möglichkeit einer Umdeutung des Antrags in eine Rehabilitationsmaßnahme war daher nicht weiter einzugehen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2016-05-13