

## L 5 KR 1946/16

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG Heilbronn (BWB)

Aktenzeichen

S 11 KR 1418/15

Datum

19.04.2016

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 5 KR 1946/16

Datum

23.11.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 19.04.2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin die Kosten für eine vorzeitig durchgeführte ambulante Vorsorgemaßnahme in Bad R. zu erstatten.

Die bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Klägerin nahm vom 07.07. - 22.07.2013 eine ambulante Vorsorgemaßnahme zu Lasten der Beklagten in Bad R. in Anspruch.

Am 08.08.2014 beantragte die Klägerin bei der Beklagten erneut die Kostenübernahme für eine ambulante Vorsorgeleistung in Bad R. ... Insoweit legte sie verschiedene Arztbriefe aus den Jahren 2006 bis 2014 sowie die Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gem. [§ 23 Abs. 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Vermeidung der Verschlimmerung behandlungsbedürftiger Krankheiten durch Dr. M., Fachärztin für Orthopädie, vor. Als relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung gab Dr. M. dabei nachfolgendes an:

1. Chronisches HWS-Syndrom, chronische Lumbalgie (seit 1993), 2. Zustand nach Unterarmfraktur links (seit 2004), 3. Chronischer Harnwegsinfekt (seit 2013).

Die Beklagte veranlasste daraufhin eine Direktberatung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK). Dr. W., Ärztin für Innere Medizin, teilte in der Direktberatung vom 13.08.2014 mit, dass nach den vorliegenden Unterlagen keine medizinische Dringlichkeit für eine vorzeitige Maßnahme innerhalb der gesetzlichen Drei-Jahres-Frist ersichtlich sei.

Mit Bescheid vom 20.08.2014 lehnte die Beklagte den Antrag auf eine ambulante Vorsorgemaßnahme ab, da der MDK anhand der vorliegenden Unterlagen eine erneute ambulante Vorsorgemaßnahme innerhalb der gesetzlichen Drei-Jahres-Frist (letzte Maßnahme 07.07. - 22.07.2013) nicht befürwortet habe.

Mit Schreiben vom 25.08.2014 widersprach die Klägerin der Ablehnung. Die Kur vom 07.07. - 22.07.2013 sei anlässlich der Erholung zwischen mehreren Krankenhausaufenthalten aufgrund eines schweren Nierenleidens erfolgt. Wegen der chronischen Rückenleiden erhalte sie seit nunmehr 20 Jahren Erwerbsunfähigkeitsrente. Dieses Rückenleiden habe sie sich in ihrem früheren Beruf als Kaufmännische Angestellte zugezogen. Wie sich aus den Attesten der behandelnden Orthopäden ergeben würde, hätte sich das Rückenleiden zunehmend verschlechtert. Zusätzlich sei im April 2014 vom Krankenhaus M. eine Lumbalgie festgestellt worden. Im April 2014 und Juni 2014 seien zudem schlechte Blutwerte festgestellt worden. Nur eine Kur mit Moorpackungen und Massagen könne die Leiden lindern und evtl. noch einmal verbessern. Zusätzlich zu berücksichtigten sei, dass sich die ambulante Versorgungssituation wesentlich verschlechtert habe. Daher seien ambulante Maßnahmen kaum noch durchführbar. Die Durchführung der ambulanten Vorsorgemaßnahme in Bad R. gemeinsam mit ihrem Ehemann sei daher zu befürworten.

Die Beklagte beauftragte daraufhin den MDK mit der Begutachtung des Falles. Dr. Sch. führte in ihrem Gutachten vom 17.09.2014 aus, dass nach den vorgelegten medizinischen Unterlagen die gesetzlich geforderte medizinische Dringlichkeit für den vorliegenden Antrag nicht

erkennbar sei. Es sei kein Akutereignis und keine aus den vorgelegten medizinischen Unterlagen sicher erkennbare relevante Verschlechterung eingetreten. Die bei der Klägerin vorhandenen Strukturstörungen und die daraus folgenden Funktionsbeeinträchtigungen seien chronisch. Es sei gutachterlich insoweit auch nicht nachvollziehbar, dass ambulante Therapiemöglichkeiten am Wohnort hinreichend und erfolglos ausgeschöpft worden wären oder nicht geeignet wären. Die Fortsetzung der langfristig angelegten, kontinuierlichen ambulanten Heilmittelanwendung sei bei dem vorliegenden Krankheitsbild zweckmäßig, um Mobilität und Funktionsfähigkeit längerfristig zu erhalten und zu fördern. Nach dem im SGB V verankerten Prinzip der gestuften Versorgung sei vorliegend die ambulante vertragsärztliche Versorgung vorrangig gegenüber der beantragten Leistung.

Mit Bescheid vom 18.09.2014 lehnte die Beklagte daraufhin die ambulante Vorsorgemaßnahme erneut ab und verwies zur Begründung auf die Stellungnahme des MDK, welche dem Bescheid beigelegt war.

Bereits vom 09.09. - 04.10.2014 führte die Klägerin in der Kurklinik Bad R. bzw. im Kurhotel A. die von ihr begehrte Kur durch. Mit Schreiben vom 23.10.2014 reichte die Klägerin die Rechnung der Klinik Bad R. vom 17.09.2014 über 953,70 EUR, die Rechnung des Kurhotels A., Bad R., vom 04.10.2014 über 1.236,90 EUR sowie die Rechnung über verordnete Kuranwendungen über 194,10 EUR (Verordnung des Dr. G. vom 15.09.2014) ein. Ebenfalls beigelegt war die Verordnung einer Krankenförderung durch Dr. G., B., mit Taxiquittungen über 36,20 EUR. Die von ihr beglichenen Rechnungsbeträge seien zu erstatten.

Mit Schreiben vom 07.11.2014 reichte die Beklagte die Rechnungen zurück und wies darauf hin, dass mit Schreiben vom 20.08.2014 und 18.09.2014 eine Kostenübernahme abgelehnt worden sei. Mit Schreiben vom 26.11.2014 bekräftigte die Klägerin erneut den ihres Erachtens bestehenden Kostenerstattungsanspruch.

Mit Widerspruchsbescheid vom 21.01.2015 wies die Beklagte, die die Schreiben vom 25.08. und 18.09.2014 als Widerspruch wertete, den Widerspruch zurück. Sie hielt daran fest, die Notwendigkeit und auch die Dringlichkeit einer vorzeitigen ambulanten Vorsorgeleistung sei weiterhin nicht erkennbar. Zudem sei es aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar, dass die Klägerin ambulante Therapiemöglichkeiten an ihrem Wohnort hinreichend und erfolglos ausgeschöpft habe. Darüber hinaus sei weiterhin die Fortsetzung der langfristig angelegten, kontinuierlichen ambulanten Heilmittelanwendung angesichts des Krankheitsbildes der Klägerin zweckmäßig, um Mobilität und Funktionsfähigkeit längerfristig zu erhalten und zu fördern.

Am 25.02.2015 erhob die Klägerin Klage zum Sozialgericht Stuttgart, das den Rechtsstreit mit Beschluss vom 27.04.2015 an das örtlich zuständige Sozialgericht Heilbronn (SG) verwies. Die Klägerin legte weitere medizinische Unterlagen vor und trug vor, auch die behandelnden Ärzte in Bad R. seien übereinstimmend der Auffassung gewesen, dass die Hobbywerkstatt über ihrer eigenen Wohnung ursächlich für die erstmals im April 2014 aufgetretene Lumbalgie und die chronischen Atemwegsinfekte sei. Dadurch sei die Kur in Bad R. erforderlich gewesen. Die Ablehnung seitens der Beklagten sei nicht nachvollziehbar. Die Therapiemöglichkeiten seien in der näheren Umgebung ihres Wohnortes ausgeschöpft.

Die Beklagte trat der Klage entgegen.

Das SG hörte die behandelnde Hausärztin der Klägerin Dr. G. sowie die Ärztin für Orthopädie Dr. M. als sachverständige Zeugen. In ihrer Stellungnahme vom 01.07.2015 sah sich Dr. M. aufgrund der lediglich zweimaligen Vorstellung der Klägerin (am 23.07.2014 und zuletzt am 05.08.2014) außer Stande, die gerichtlichen Beweisfragen bzgl. der Notwendigkeit einer vorgezogenen Vorsorgeleistung zu beantworten. Dr. G. schloss sich in ihrer sachverständigen Zeugenaussage vom 29.05.2015 dem Gutachten des MDK vom 17.09.2014 an.

In seinem sozialmedizinischen Gutachten vom 14.08.2015 nahm Dr. Sch. zu den sachverständigen Zeugenaussagen Stellung und wies darauf hin, dass nach denselben sowie den vorgelegten weiteren medizinischen Unterlagen kein Anspruch auf die begehrte Maßnahme bestehe. Die Notwendigkeit und auch die Dringlichkeit einer vorzeitigen ambulanten Vorsorgeleistung sei nicht erkennbar. Zudem sei es aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar, dass die Klägerin ambulante Therapiemöglichkeiten an ihrem Wohnort hinreichend und erfolglos ausgeschöpft habe.

Mit Urteil vom 19.04.2016 wies das SG die Klage der Klägerin ab. Unter Zugrundelegung der in den angefochtenen Bescheiden dargestellten rechtlichen Kriterien seien Anhaltspunkte dafür, dass die Beklagte geltendes Recht unrichtig angewandt habe, nicht ersichtlich. Die Kammer sehe daher im Hinblick auf die zutreffenden Ausführungen der Beklagten im angefochtenen Widerspruchsbescheid von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab ([§ 136 Abs. 3 Sozialgerichtsgesetz \[SGG\]](#)). Ergänzend sei auszuführen, dass sich auch die behandelnde Hausärztin Dr. G. der Einschätzung des MDK hinsichtlich der fehlenden Dringlichkeit für eine weit vorgezogene ambulante Vorsorgeleistung angeschlossen habe. Auch vor dem Hintergrund, dass sich die Klägerin bei ihrer behandelnden Orthopädin insgesamt lediglich zwei Mal vor Durchführung der "Kur" in Bad R. vorgestellt habe, sei nicht erkennbar, dass sie die ambulanten Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft habe. Im Übrigen schließe sich die Kammer dem im Klageverfahren eingeholten Gutachten des MDK vom 14.08.2015 an. Ein Anspruch auf Kostenerstattung sei auch nach anderen Vorschriften des Sozialgesetzbuchs nicht ersichtlich.

Das Urteil wurde der Klägerin am 22.04.2016 mittels Postzustellungsurkunde zugestellt.

Hiergegen richtet sich die am 18.05.2016 beim SG eingelegte Berufung der Klägerin, die dem Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) am 25.05.2016 vorgelegt worden ist. Aufgrund der vorgelegten Atteste sei die dringende medizinische Notwendigkeit nachgewiesen. Ergänzend hat die Klägerin die ärztliche Bescheinigung zur Vorlage beim Gericht von Dr. G. vom 12.05.2016 vorgelegt. Danach führen die bestehenden chronischen Erkrankungen noch bis mindestens Ende 2016 voraussichtlich zu einer Arbeitsunfähigkeit. Weitere Facharztbehandlungen und evtl. stationäre Krankenhausaufenthalte seien erforderlich. Jegliche Belastungen sowie Rechtsgeschäfte müssten vertagt werden.

Die Klägerin beantragt - sinngemäß - ,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 19.04.2016 sowie die Bescheide vom 20.08.2014 und 18.09.2014 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 21.01.2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin die Kosten für die vom 09.09. -

04.10.2014 durchgeführte "Kur" in Bad R. in Höhe von 1.346,00 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zutreffend habe das SG die Klage abgewiesen.

Auf die durch den Berichterstatter auf den 03.08.2016 erfolgte Terminierung zur Erörterung des Sachverhalts hat die Klägerin unter Vorlage einer Krankmeldung bis voraussichtlich 04.09.2016 mitgeteilt, dass es ihr krankheitsbedingt nicht möglich sei, den Termin wahrzunehmen. Sie hat um Vertagung auf den Herbst 2016 gebeten. Auf die Terminierung zum 23.11.2016 hat die Klägerin sich nicht geäußert.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist gem. [§§ 143, 144, 151 SGG](#) statthaft und auch sonst zulässig, jedoch nicht begründet.

Der Beschwerdewert des [§ 144 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#) von 750,00 EUR ist, nachdem die Klägerin die Erstattung von 1.346,00 EUR begehrt, überschritten.

Da die Klägerin nicht nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung gewählt hat, kommt als Anspruchsgrundlage nachdem es sich nicht um eine medizinische Rehabilitation nach [§ 27 Abs. 1 Nr. 6 i.V.m. § 40 SGB V](#) (vgl. insoweit der Verweis in [§ 13 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) auf [§ 15](#) Sozialgesetzbuch Neuntes Buch [SGB IX]), sondern um eine medizinische Vorsorgeleistung nach [§ 23 SGB V](#) handelt, für einen Kostenerstattungsanspruch nur [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) in Betracht. Nach dieser Vorschrift sind, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringt oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Versicherten dadurch für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden sind, diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Das Gesetz sieht damit in Ergänzung des Sachleistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung ([§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)) ausnahmsweise Kostenerstattung vor, wenn der Versicherte sich eine Leistung auf eigene Kosten selbst beschaffen musste, weil sie von der Krankenkasse als Sachleistung wegen eines Mangels im Versorgungssystem nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt worden ist (vgl. etwa BSG, Urteil vom 02.11.2007, - [B 1 KR 14/07 R](#) -; Urteil vom 14.12.2006, - [B 1 KR 8/06 R](#) -, beide in juris). Der Kostenerstattungsanspruch aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) reicht hierbei nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse (etwa auf Krankenbehandlung nach [§ 27 SGB V](#)). Die Krankenkasse muss Aufwendungen des Versicherten nur erstatten, wenn die selbst beschaffte Leistung (nach Maßgabe des im Zeitpunkt der Leistungserbringung geltenden Rechts, BSG, Urteil vom 08.03.1995, - [1 RK 8/94](#) - in juris) ihrer Art nach oder allgemein von den Krankenkassen als Sachleistung zu erbringen gewesen wäre oder nur deswegen nicht erbracht werden kann, weil ein Systemversagen die Erfüllung des Leistungsanspruchs im Wege der Sachleistung gerade ausschließt (BSG, Urteil vom 08.09.2015, - [B 1 KR 14/14 R](#) - m.w.N., in juris).

Die Beklagte hat die ambulante Vorsorgemaßnahme in Bad R. nicht zu Unrecht abgelehnt, da sie gegenüber dem Versicherten nicht zur Gewährung verpflichtet war.

Gem. [§ 23 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, 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](#)). Leistungen nach [§ 23 Abs. 2 SGB V](#) können nicht vor Ablauf von drei 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 ([§ 23 Abs. 5 Satz 4 SGB V](#)).

Unter Zugrundelegung dieser rechtlichen Vorgaben sind die Voraussetzungen des [§ 23 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) und insbesondere die Voraussetzungen des [§ 23 Abs. 5 Satz 4 SGB V](#) vorliegend nicht erfüllt. Hierauf hat der MDK zutreffend in seinen Stellungnahmen vom 13.08.2014, 17.09.2014 und 14.08.2015 hingewiesen.

Die als Eigenleistung im September 2014 durchgeführte ambulante Vorsorgeleistung erfolgte aufgrund der von Dr. G., Klinik Bad R., in seiner Bescheinigung vom 15.09.2014 genannten nachfolgenden Diagnosen: Chronisches HWS-Syndrom, chronische Lumbalgie, Skoliose, V.a. chronische nichtobstruktive Bronchitis, chronischer Harnwegsinfekt, Z.n. distaler Unterarmfraktur links 2004, Z.n. Hysterektomie 2013 und gastroösophagealer Refluxkrankheit. Dabei standen die Wirbelsäulenbeschwerden während der streitigen Vorsorgemaßnahme klinisch im Vordergrund. Bei den Erkrankungen handelt es sich jeweils um chronische Erkrankungen mit rezidivierender Beschwerdesymptomatik. Eine akute Verschlechterung der chronischen Wirbelsäulenerkrankung im April 2014 lässt sich zwar nach den von der Klägerin vorgelegten Arztbriefen nachvollziehen. Durch eine medikamentöse Schmerztherapie besserte sich jedoch das Beschwerdebild. Anschließend befand sich die Klägerin nur am 23.07. und 05.08.2014 in orthopädischer Behandlung. Zum Zeitpunkt der Durchführung der streitigen Vorsorgeleistungen liegen keine Anhaltspunkte für eine akute Verschlechterung der chronischen Wirbelsäulenerkrankung vor. Zutreffend hat daher der MDK in den genannten Stellungnahmen auch eine ambulante Krankenbehandlung am Wohnort für ausreichend erachtet und zwar in Form von Hausarzt und Facharztbehandlung sowie ambulanter Heilmittelanwendung im Rahmen der Heilmittellrichtlinie (Krankengymnastik, Physiotherapie). Diese ambulante Krankenbehandlung am Wohnort ist insbesondere deshalb als ausreichend und angemessen anzusehen, weil es sich bei den vorliegenden Beeinträchtigungen um chronisch-rezidivierende Beschwerden handelt, bzgl. derer am günstigsten durch regelmäßige, längerfristig angelegte Übungsbehandlungen eine Schmerzreduktion erreicht und Mobilität sowie Funktionsfähigkeit längerfristig erhalten bzw. gefördert werden kann. Nachdem im betroffenen Zeitraum jedoch bis auf ein Rezept für

Massagen (1/2014) von den behandelnden Ärzten keine aktiven Maßnahmen wie Krankengymnastik oder auch Rehabilitationssport/Funktionstraining verordnet wurde, ist entweder davon auszugehen, dass dies im maßgeblichen Zeitraum für nicht notwendig erachtet oder aber trotz Notwendigkeit nicht ausgeschöpft wurde.

Vor diesem Hintergrund ist damit auch eine entsprechende medizinische Dringlichkeit nicht ersichtlich, die gegeben sein müsste, da die letzte Vorsorgeleistung nur ein Jahr zuvor im Jahr 2013 erfolgt war. Die einmalige akute Verschlechterung im April 2014 ließ sich durch Schmerzmedikation bessern und selbst zu diesem Zeitpunkt der akuten Verschlechterung lehnte die Klägerin eine angebotene stationäre Schmerzbehandlung ab. Eine medizinische Dringlichkeit bestand für die strittige Vorsorgeleistung im September/Oktober 2014 daher nicht in ausreichendem Maße, zumal die Klägerin im Rahmen der erst im Jahr 2013 durchgeführten ambulanten Vorsorgeleistung die Möglichkeit hatte, geeignete Bewegungsübungen und rückengerechtes Verhalten zu erlernen.

Nichts anderes ergibt sich aus den vom SG eingeholten sachverständigen Zeugenaussagen. Die behandelnde Hausärztin Dr. G. hat in ihrer sachverständigen Zeugenaussage dem vorliegenden MDK-Gutachten ausdrücklich zugestimmt. Dr. M. hat sich einer Bewertung zwar enthalten. Aus der von ihr genannten nur zweimaligen Behandlung innerhalb eines Jahres ergibt sich jedoch, dass die von der Beklagten angeführte nicht ausreichende fachärztliche Behandlung nicht zu beanstanden ist.

Soweit die Klägerin im Berufungsverfahren ein ärztliches Attest von Dr. G. vorgelegt hat, ergibt sich auch hieraus nichts anderes. Dieses betrifft lediglich den Zeitraum ab 2016 und ist daher nicht geeignet eine Aussage zur medizinischen dringenden Notwendigkeit einer ambulanten Vorsorgemaßnahme gem. [§ 23 Abs. 2 SGB V](#) im September/Oktober 2014 zu machen.

Es war daher wie tenoriert zu entscheiden. Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-12-07