

L 4 KR 30/06

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 44 KR 606/05
Datum
23.09.2005
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 30/06
Datum
26.07.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 23. September 2005 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die Beklagte verpflichtet ist, dem Kläger einen Teil der Kosten für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme zu erstatten.

Der 1916 geborene Kläger ist seit mehr als 50 Jahren Mitglied der Beklagten. Er hat sich vom 04.02.2005 bis 04.03. 2005 im Sanatorium U. in Bad K. aufgehalten. Ihm wurden hierfür insgesamt 2.212,00 EUR (28 Tage zu 79,00 EUR) in Rechnung gestellt, darin sind Unterkunft und Verpflegung, ärztliche Überwachung und ärztlich verordnete Anwendungen enthalten. Für die Abholung von der Wohnung und zurück bezahlte der Kläger 130,00 EUR.

Der Kläger legte der Beklagten die Unterlagen, die Kur betreffend, vor und bat mit Schreiben vom 10.03.2005 um eine "Beihilfe" zu dem Kuraufenthalt. Die Berechtigung zur Beihilfe ergebe sich aus dem Entlassungsbericht und aus der Höhe seiner Beiträge zur Krankenkasse aus der Pension. Damit wäre eine Beihilfe von 500,00 EUR eine Bagatelle.

Die Beklagte hat mit Bescheid vom 17.03.2005 ausgeführt, da der Kläger die Kostenübernahme für die stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht vorher bei ihr beantragt habe, sei es zu einem privaten Rechtsverhältnis gekommen. Eine Kostenübernahme sei nicht möglich. Die vom Kläger gewünschte Beihilfe sei zudem nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen. Der Kläger legte hiergegen mit Schreiben vom 22.03.2005 Widerspruch ein und wandte sich auch an den Vorstand der Beklagten. Er wies darauf hin, er wolle keine Kur bezahlt haben, sondern bitte lediglich um einen bescheidenen Zuschuss.

Die Beklagte hat den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 12.05.2005 zurückgewiesen. Die Kasse sei verpflichtet, die Notwendigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung überprüfen zu lassen. Eine nachträgliche Kostenbeteiligung an der bereits durchgeführten Rehabilitationsmaßnahme sei ausgeschlossen.

Der Kläger erhob mit Schreiben vom 08.06.2005 Klage beim Sozialgericht München. Zur Begründung trug er erneut vor, in Anbetracht seines Alters und seiner Erkrankungen sei das Sanatorium U. die einzige Möglichkeit, eine Kur durchzuführen. Er buche die Kur jährlich, er werde mit dem Auto von der Wohnung abgeholt und wieder zurückgebracht und sämtliche Anwendungen erfolgten unter ärztlicher Kontrolle. Die Beklagte wolle nun, dass er sich in die für ihn unbrauchbaren Bedingungen der Kasse einordne. Dies sei patientenfeindlich. Außerdem habe er bereits im Jahr 2005 einen Antrag auf Zuschuss nach der Kur gestellt, dies sei ihm durch den Vorstandsvorsitzenden genehmigt worden. Da er im März 2006 erneut eine Kur im Sanatorium U. antreten möchte, bat er das Sozialgericht, entsprechend zu entscheiden, dass Beihilfen nach einer Kur, nicht vor einer Kur zu beantragen seien. Die Beklagte führte hierzu aus, der Kläger habe im Jahr 2004 einen Antrag auf eine ambulante Vorsorgemaßnahme am Kurort gestellt. Dieser Antrag sei nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst bewilligt worden.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 23.09.2002 abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Teilkostenerstattung. Als Anspruchsgrundlage komme lediglich § 13 Abs.3 Sozialgesetzbuch (SGB) V in Betracht. Dessen Voraussetzungen seien nicht gegeben. Die Durchführung der stationären Rehabilitationsmaßnahme stelle offensichtlich keine unaufschiebbare Leistung dar, ein Notfall mit einer Gefahr für Leib und Leben habe nicht bestanden. Der Kläger habe die Maßnahme bereits weit im Voraus gebucht, um einen Spezialpreis zu

erhalten. Erst nach Durchführung der Maßnahme habe er sich an die Beklagte gewendet. Damit sei bereits der vom Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung geforderte Kausalzusammenhang zwischen der rechtswidrigen Ablehnung und der Kostenlast des Versicherten nicht gegeben. Die Vorgabe, dass Versicherte vor Inanspruchnahme einer Behandlung grundsätzlich gehalten sind, die Leistungsgewährung zu beantragen und die Entscheidung der Krankenkasse darüber abzuwarten, habe den Zweck, der Krankenkasse als Leistungsträger die Möglichkeit zu geben, den medizinischen Sachverhalt aufzuklären. Es sei in diesem Zusammenhang auch darauf hinzuweisen, dass es sich bei Rehabilitationsmaßnahmen nach [§ 40 SGB V](#) um Ermessensleistungen der Kassen handle. Den Kassen komme bei Gewährung dieser Leistungen ein Beurteilungsspielraum zu, sie müssten von den Versicherten auch in die Lage versetzt werden, diesen Spielraum ausschöpfen zu können. Der Einwand des Klägers, seine schweren Erkrankungen würden in jedem Fall einen Anspruch auf stationäre Rehabilitation begründen und er könne sich auch nur durch frühzeitige Reservierung einen günstigen Preis sichern, könne zu keinem anderen Ergebnis führen. Der Kläger sollte im eigenen Interesse frühzeitig Kontakt mit der Beklagten aufnehmen, wenn eine neue Rehabilitationsmaßnahme notwendig werde. In diesem Fall würden auch die Gesamtkosten abzüglich des gesetzlichen Eigenanteils von der Krankenkasse gezahlt.

Gegen dieses Urteil hat der Kläger am 03.02.2006 Berufung eingelegt, die er damit begründet, der Kassenbeitrag aus der Pension sei im Jahr 2004 verdoppelt worden. Er habe sich von den langen Narkosen bei den Herzoperationen bis heute noch nicht erholt, er könne sich deshalb beim besten Willen nicht entsinnen, dass er 2004 einen Antrag bei der KKH auf einen Zuschuss gestellt haben solle. Dies habe er erst vom Schreiben der KKH an das Sozialgericht erfahren. Dies sei nun der Aufhänger, dass der bescheidene Zuschuss von etwa 573,00 EUR verweigert werde. Es komme eben auf den Paragraphen an und nicht auf den erkrankten Menschen. Er könne nur im Sanatorium U. erfolgreich behandelt werden. Er habe sein Diplom für 50 Jahre KKH-Mitgliedschaft zurückgegeben.

Der Kläger beantragt sinngemäß, das Urteil des Sozialgerichts München vom 23.09.2005 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 17.03.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.05.2005 zu verurteilen, ihm einen Zuschuss in Höhe von 573,00 EUR zur Kur im Jahr 2005 zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Die Berufungsbegründung befasse sich überwiegend mit allgemeinen Aspekten und nicht mit dem Sachverhalt, der diesem Verfahren zugrunde liege. Es gehe ausschließlich um Beteiligung an den Kosten einer zuvor nicht beantragten stationären Rehabilitationsmaßnahme. Dem Kläger sei nachgewiesen worden, dass eine Kostenbeteiligung in der Vergangenheit nur deshalb möglich war, weil er vorher einen entsprechenden Antrag gestellt habe. Ob der Kläger sich an die Antragstellung erinnern könne, spiele keine Rolle. Ebenso komme es nicht auf die Höhe der zu erwartenden Kostenbeteiligung an.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten und der Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung, die wegen der Höhe des Beschwerdewertes nicht der Zulassung gemäß [§ 144 SGG](#) bedarf, ist zulässig. Der Senat kann, da die Beteiligten zugestimmt haben, gemäß [§ 153 Abs.1](#) in Verbindung mit [§ 124 Abs.2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheiden.

Die Berufung ist unbegründet. Die Beklagte und das Sozialgericht haben zutreffend entschieden, dass eine Kostenbeteiligung der Beklagten an der im Jahr 2005 im Sanatorium U. , Bad K. durchgeführten stationären Rehabilitation nicht möglich ist.

Die Krankenkasse kann gemäß [§ 40 Abs.2 SGB V](#) stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht, wenn bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung und ambulante Rehabilitation nicht ausreichend ist ([§ 40 Abs.1 SGB V](#)). Der Gesetzgeber hat weiter geregelt ([§ 40 Abs.3 SGB V](#)), dass die Krankenkasse nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalles Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Abs.1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen bestimmt. Aus dieser gesetzlichen Regelung ergibt sich, wie die Beklagte und das Sozialgericht festgestellt haben, die Notwendigkeit der vorhergehenden Antragstellung. Der Kläger hat keinen Antrag vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme gestellt, sondern erst im Anschluss daran um eine Kostenbeteiligung gebeten. Für den von ihm geforderten Zuschuss ergibt sich keine Anspruchsgrundlage. Die gesetzliche Regelung ist vielmehr so, dass die Krankenkassen die notwendige Rehabilitationsleistung als Sachleistung zur Verfügung stellen und von den Versicherten hierzu gemäß [§ 40 Abs.5 i.V.m. § 61 S.2 SGB V](#) Zuzahlungen erhoben werden. Die Zuzahlungen betragen zu stationären Maßnahmen je Kalendertag 10,00 EUR.

Diese Regelungen gelten für alle Versicherten, unabhängig von der Dauer ihrer Mitgliedschaft, ihrem Alter und ihrem Gesundheitszustand.

Die Berufung ist deshalb zurückzuweisen.

Die Kostenfolge ergibt sich aus [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Verfahrensausgang.

Gründe, die Revision gemäß [§ 160 SGG](#) zuzulassen, sind nicht gegeben.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2006-09-29