

L 5 KR 214/06

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Landshut (FSB)
Aktenzeichen
S 10 KR 254/03
Datum
27.04.2006
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 5 KR 214/06
Datum
04.12.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 27. April 2006 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt Erstattung von Kosten in Höhe von 790,27 EUR aus einem stationären Heilverfahren.

Die 1922 geborene und bei der Beklagten krankenversicherte Klägerin, leidet an verschiedenen Erkrankungen unter anderem orthopädischer Natur sowie an Psoriasis capitis; bei ihr ist ein Grad der Behinderung von 50 v.H. nach dem Schwerbehindertenrecht anerkannt.

Während eines Aufenthaltes am Gardasee traten am 22.08.2003 während des Schwimmens so starke Rückenschmerzen auf, dass die Klägerin nicht mehr gehen konnte und in die Orthopädische Klinik des Klinikums P. verlegt wurde. Während der dortigen akut-stationären Behandlung vom 23.08. bis 04.09.2003 wurde kernspintomographisch keine spinale oder foraminale Enge sowie kein frischer Bandscheibenvorfall festgestellt und die Schmerzsymptomatik als Folge eines exazerbierten degenerativen LWS-Syndromes gewertet. Nach Schmerztherapie und Mobilisierung wurde die Klägerin am 04.09.2003 entlassen.

Auf Antrag vom 01.09.2003, versehen mit einer Stellungnahme des behandelnden Orthopäden Dr.T. vom 03.05.2003, eingegangen bei der Beklagten am 05.09.2003, beantragte die Klägerin eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme. Mit Bescheid vom 15.09.2003 bewilligte die Beklagte eine ambulante Vorsorgeleistung, lehnte jedoch ein stationäres Heilverfahren mit der Begründung ab, dass nach Stellungnahme des MDK eine ambulante Leistung ausreichend sei. Ein dagegen erhobener Widerspruch blieb ohne Erfolg (Widerspruchsbescheid vom 12.11.2003).

Im anschließenden Klageverfahren vor dem Sozialgericht Landshut hat die Klägerin Erstattung von 790,27 EUR beantragt, bestehend aus 560,00 EUR Kosten für Unterkunft, 200,27 EUR Behandlungskosten sowie Fahrgeld in Höhe von 30,00 EUR. Nach Beiziehung der einschlägigen Befund- und Behandlungsberichte hat das Sozialgericht ein orthopädisches Gutachten des U. M. (21.11.2005/16.01.2006) eingeholt, welcher ein ambulantes Heilverfahren für ausreichend erachtet hat. In Auswertung des Entlassungsberichtes des Klinikums P. , der eigenen Angaben der Klägerin und unter Berücksichtigung des zeitlichen Ablaufes sei festzustellen, dass eine ambulante Maßnahme ausreichend gewesen wäre. Dem folgend hat das Sozialgericht mit Urteil vom 27.04.2006 die Klage abgewiesen. Die Notwendigkeit einer stationären Reha-Maßnahme habe nicht vorgelegen, zudem habe die Klägerin Leistungen der Klinik B. in F. in Anspruch genommen, welche für ambulante Heilverfahren nicht zugelassen sei.

Dagegen hat die Klägerin Berufung eingelegt und geltend gemacht, wegen ihrer körperlichen Einschränkungen sei es ihr unmöglich gewesen, eine ambulante Behandlung durchführen zu lassen. In Anbetracht von einer Rente in Höhe von knapp 500,00 EUR monatlich wäre es ihr unmöglich gewesen, eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme zu organisieren.

Die Klägerin beantragt sinngemäß, das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 27.04.2006 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 15.09.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.11.2003 zur Erstattung von EUR 790,27 angefallener Kosten eines stationären Heilverfahrens zu verurteilen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Die Beteiligten haben sich mit der Übertragung des Rechtsstreits auf den Einzelrichter zur Verhandlung und Entscheidung einverstanden erklärt.

Beigezogen und Gegenstand der mündlichen Verhandlung vom 04.12.2007 waren die Verwaltungsakten der Beklagten. Darauf sowie auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge wird zur Ergänzung des Tatbestandes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig ([§§ 143, 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)), jedoch unbegründet. Die Klägerin hat unter keinem Gesichtspunkt Anspruch auf Erstattung von Kosten, die während des stationären Heilverfahrens in der Klinik B. in F. vom 17.09. bis 08.10.2003 angefallen sind.

Streitgegenstand ist der Bescheid der Beklagten vom 15.09.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.11.2003, mit dem ein ambulant Heilverfahren bewilligt, ein stationäres Heilverfahren jedoch abgelehnt wurde. Diese Entscheidung ist zu Recht ergangen, wie das Sozialgericht Landshut im angefochtenen Urteil vom 27.08.2006 zutreffend entschieden hat.

Versicherte haben nach den Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gegen die Krankenkassen Anspruch auf Leistungen gemäß [§§ 2 Abs.1, 12 Abs.1 SGB V](#), die notwendig, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind, um Erkrankungen medizinisch zu behandeln oder zu lindern. Hierzu zählen nicht nur ärztliche Behandlungen gemäß [§ 28 SGB V](#) sowie Krankenhausbehandlung nach [§ 39 SGB V](#), sondern auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß [§ 40 SGB V](#).

Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, müssen diese von der gesetzlichen Krankenkasse in der notwendigen Höhe erstattet werden. Dieser Kostenerstattungsanspruch bildet für Versicherte die einzige Rechtsgrundlage, mit welcher sie die Bezahlung von selbstbeschafften Leistungen erhalten können. Im Übrigen ist das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung vom Sachleistungsprinzip geprägt. Der Kostenerstattungsanspruch ist deshalb niemals weitergehend als der ursprüngliche Leistungsanspruch.

Bei der begehrten stationären Maßnahme in der Klinik B. in F., im Rahmen welcher in der Summe EUR 790,27 für Unterkunft, Heilmittelanwendungen und Fahrten von der Klägerin aufgewendet worden sind, handelte es sich nicht um eine Notfallbehandlung im Sinne des [§ 13 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGB V](#). Denn die Klägerin war aus der akutstationären Behandlung im Klinikum P. am 04.09.2003 im Rahmen eines gut gebesserten Zustandes entlassen worden, wie der dortige Entlassungsbericht beweist.

Auch die Voraussetzungen des Kostenerstattungsanspruches gemäß [§ 13 Abs.1 Satz 1 2. Alternative SGB V](#) sind nicht erfüllt. Hierfür fehlt es zum einen an der Kausalität, denn die Klägerin hatte bereits vor Zustellung des Ablehnungsbescheides vom 15.09.2003 sich dazu fest entschlossen, ab 17.09.2003 die stationäre Kur in der Klinik B. in F. anzutreten, wo sie bereits 1997 eine für sie positive Kur durchlaufen hatte und deren Verwaltungsleiter eines ihrer Kinder ist. Die Ablehnung der Beklagten war damit nicht ursächlich für die Entstehung der geltend gemachten Kosten.

In Würdigung ärztlichen Entlassungsberichts des Klinikums P. vom 04.09.2003, des ausführlichen Behandlungsberichts des Klinikums P. vom 17.12.2004 sowie des erstinstanzlich eingeholten orthopädischen Gutachtens des U. M. ist das Gericht überzeugt, dass ein stationäres Heilverfahren aus medizinischen Gründen nicht erforderlich war. Bei der Klägerin war Ende August 2003 keine Fraktur, keine spinale oder foraminale Enge oder ein Bandscheibenvorfall aufgetreten. Vielmehr waren die Schmerzzustände auf das degenerative LWS-Syndrom der Klägerin zurückzuführen, so dass die akutstationäre Behandlung im Klinikum P., welche analgetische Therapie, Krankengymnastik und Mobilisierung zum Inhalt hatte, zu einem guten Behandlungserfolg geführt hatte und die Klägerin in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden konnte. In diesem gesundheitlichen Zustand waren entsprechend den zutreffenden Feststellungen des MDK und den überzeugenden Ausführungen des U. M. ambulante Maßnahmen insbesondere der Physiotherapie und Bewegungsbäder erforderlich, welche ambulant hätten erbracht werden können. Eine stationäre Aufnahme war jedoch nicht erforderlich. Die Beklagte hat damit zu Recht dem in [§ 40 SGB V](#) normierten Vorrang der ambulanten medizinischen Rehabilitation Genüge geleistet und eine solche Maßnahme gewährt. Die Leistung einer stationären Reha-Maßnahme konnte die Klägerin aber nicht beanspruchen.

Damit kann die Klägerin die Kosten der stationären Behandlung in der Klinik B. F. auch deshalb nicht erstattet bekommen, weil diese zur Erbringung von stationären Rehabilitationsleistungen zugelassen ist, für ambulante Leistungen jedoch nicht.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht daraus, dass die Beklagte Leistungen der Klinik B. erstattet hatte, welche auf Verordnungen des behandelnden Orthopäden Dr.T. - ausgestellt während des Aufenthaltes in F. - zurückzuführen sind. Zur Überzeugung des Gerichts hat die Beklagte die entsprechende Leistung übernommen in Verkenntung der Tatsache, dass diese stationär und nicht wie verordnet ambulant erbracht worden sind. Die Klägerin kann sich somit auf eine irrtümliche Erbringung von Leistungen, auf welche gesetzlich kein Anspruch bestanden hätte, nicht berufen. Eine Gleichbehandlung in Bezug auf unrechtmäßige Leistungen ist nicht beanspruchbar.

Die Berufung der Klägerin bleibt somit in vollem Umfange ohne Erfolg.

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

Gründe zur Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich, [§ 160 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2008-04-18