

L 5 KR 83/07

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Augsburg (FSB)
Aktenzeichen
S 12 KR 292/06
Datum
01.02.2007
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 5 KR 83/07
Datum
15.01.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 1. Februar 2007 wird zurückgewiesen.
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Gewährung einer stationären medizinischen Reha-Maßnahme.

Der 1961 geborene Kläger ist bei der Beklagten als Bezieher einer Erwerbsunfähigkeitsrente versichert. Die Rente bezieht er wegen der seit ca. 20 Jahren bekannten paranoiden Schizophrenie (schizophrenes Residuum), daneben leidet er unter degenerativen LWS-Veränderungen mit rezidivierenden Cervicobrachialgien bei Bandscheibenvorfall C4/5 und Lumboischialgien nach Bandscheibenvorfall mit funktionellen Gangstörungen ohne Hinweis auf strukturelle Läsion des Peronäus und Osteochondrose L4/5 und L5/S1.

Ambulante neurologische Behandlung fand am 10. März 2004 bzw. 10. August 2004 im Klinikum A. bzw. im Klinikum der Universität M., jeweils in der neurologischen Klinik statt. Bei beiden Untersuchungen ließ sich kein organisches Korrelat für die Gangstörung finden. Beobachtet wurde auch, dass die Ausprägung des Gangbilds wechselhaft war, was gegen eine dystone Störung bzw. eine neuroleptika-induzierte Dysthonie/Dyskinesie spricht. Als wahrscheinliche Ursache wurden Manierismen im Rahmen der Schizophrenie genannt.

Vom 25. April 2005 bis 16. Mai 2005 befand sich der Kläger zu Lasten der Beklagten in der stationären Reha-Behandlung in der Klinik K. in Bad G. und wurde dort überwiegend orthopädisch behandelt. Bei der Entlassung wurde eine Fortsetzung der krankengymnastischen Therapie eventuell auch der Elektrotherapie sowie der erlernten krankengymnastischen Übungen in eigener Regie empfohlen. Außerdem sei eine hausärztliche und psychologische Dispanserbetreuung (vorbeugende medizinische Betreuung Gefährdeter) indiziert.

Durch Vorlage eines Attests von Dr. S. beantragte der Kläger eine psychosomatische Reha-Maßnahme in einer geeigneten Klinik. Der Kläger selbst gab im Formblatt an, eine stationäre Maßnahme zur Verbesserung der Motorik, der Mobilität und des Leistungsvermögens aufgrund der orthopädischen Gesundheitsstörungen zu wünschen. Der Schwerpunkt liege im orthopädischen Bereich, er würde aber auch eine psychosomatische Klinik, wie im Kurbefund vorgeschlagen, akzeptieren.

An 12. Dezember 2005 verordnete Dr. S. einen stationären Aufenthalt in einer psychosomatischen Fachklinik mit Angeboten für chronisch-psychisch Kranke insbesondere schizophren Erkrankte. Zur Begründung der vor Ablauf der Wartefrist von vier Jahren erforderlichen Maßnahme nannte er das Ausmaß der zentral bedingten Bewegungsstörung. Die Beklagte zog den Entlassungsbericht des Bezirkskrankenhauses A. bei, wo der Kläger vom 15. November 2005 bis 24. November 2005 behandelt worden war.

Dr. K. vom MDK hielt nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt Dr. S. eine ambulante Soziotherapie für vorrangig.

Mit Bescheid vom 11. Januar 2006 lehnte die Beklagte die Gewährung der stationären Reha-Maßnahme ab. Zur Begründung wurde ausgeführt, dass die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten noch nicht vollständig ausgeschöpft wurden. Es werde empfohlen, eine ambulante Soziotherapie durchzuführen.

Seinen Widerspruch begründete der Kläger mit seinen vielseitigen orthopädischen Problemen. Auch der behandelnde Orthopäde habe eine Kur empfohlen. Eine Verordnung von Dr. S. über eine stationäre Vorsorgeleistung in einer orthopädisch psychosomatischen Einrichtung,

ausgestellt am 30. Januar 2006, legte er vor.

Dr. S. teilte mit, dass in einem ausführlichen Gespräch keine Bereitschaft des Klägers, sich auf eine soziotherapeutische Behandlung einzulassen, erzielt werden konnte.

In Auswertung der medizinischen Unterlagen befand Dr. K. in der Stellungnahme vom 20. April 2006, dass weder für die psychiatrische noch für die orthopädische Erkrankung zurzeit eine stationäre Reha-Maßnahme notwendig sei. Auf orthopädischem Fachgebiet solle eine intensivierte Therapie auf Heilmittelrezept durchgeführt werden, während auf psychischem Gebiet eine Soziotherapie empfohlen werde.

Der Kläger wandte ein, er wäre mit einer ambulanten Soziotherapie einverstanden, wegen seiner orthopädischen Beschwerden fehle ihm aber die Kraft dazu. Jeder Tag sei aufgrund der Beschwerden quälend, deswegen habe er nicht das nötige Durchhaltevermögen für eine ambulante Soziotherapie.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 27. Juli 2006 den Widerspruch zurück mit der Begründung, dass dem Kläger eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht gewährt werden könne, da nicht alle ambulant zur Verfügung stehenden Maßnahmen seit der letzten Maßnahme im April/Mai 2005 ausgeschöpft wurden. Für die psychiatrische Behandlung sei eine ambulante soziotherapeutische Maßnahme ausreichend und sinnvoll. Insgesamt bestehe keine dringende Notwendigkeit für die Durchführung einer stationären Rehabilitationsbehandlung.

Zur Begründung seiner Klage wies der Kläger auf die ihm empfohlene Maßnahme hin.

Die Beklagte legte eine Aufstellung der zwischen Januar 2005 und August 2006 verordneten Massagebehandlungen, Packungen, Krankengymnastik und Physiotherapien vor.

Das Sozialgericht erholte einen Befundbericht beim behandelnden Neurologen/Psychiater Dr. S. und zog den ausführlichen Entlassungsbericht über die Behandlung vom November 2005 bei. Dr. S. vermerkte, dass sich die Einschätzung, der Kläger würde sich in eine psychosomatische Fachklinik begeben, verändert habe, da durch den stationären Aufenthalt vom November 2005 die zu geringe Krankheitseinsicht und Mitarbeit deutlich geworden sei.

Das Sozialgericht wies mit Urteil vom 1. Februar 2007 die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, dass eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme nur zu gewähren sei, wenn eine ambulante Behandlung nicht ausreiche. Nach [§ 40 SGB V](#) könnten Leistungen nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung einer ähnlichen Leistung erbracht werden, es sei denn eine vorzeitige Leistung sei aus medizinischen Gründen dringend erforderlich, was beim Kläger jedoch nicht der Fall sei. Dies ergebe sich aus der Auswertung des Berichts der K. Klinik sowie des Befundberichtes von Dr. S. ... Im Vordergrund stehe beim Kläger die psychische Erkrankung, hier ergebe sich aber aus den Berichten, dass der Kläger nur über geringe Krankheitseinsicht verfüge und deshalb eine ausreichende Mitarbeit nicht zu erwarten sei. Für die erneute Durchführung einer vorzeitigen Rehabilitationsmaßnahme auf orthopädischem Gebiet ergäben sich keine Gesichtspunkte, da laufend entsprechende physikalische Therapien durchgeführt würden und über keine wesentliche Verschlechterung berichtet werde. Es bestehe somit kein Anlass für die An-nahme, dass erhebliche gesundheitliche Schäden oder Nachteile zu befürchten seien, wenn keine vorzeitige Kurmaßnahme stattfinde.

Dagegen richtet sich die Berufung, zu deren Begründung der Kläger sein Vorbringen zur Notwendigkeit einer Behandlung in einer psychosomatischen Klinik wiederholt.

Der Senat holte einen Befundbericht beim Facharzt für Neurochirurgie Dr. L. sowie dem Orthopäden Dr. R. ein. Beigezogen wurde auch die Akte des Versorgungsamts. Der Orthopäde beschrieb die Beschwerden als therapieresistent, auf Dauer sei eventuell eine Nukleotomie erforderlich. Dr. L. übersandte Arztbriefe aus den Jahren 2004 bis 2007.

Die Beklagte erholte zu den vorgelegten Unterlagen eine nach Untersuchung am 21.07.2007 gefertigte Stellungnahme von Dr. B. ein. Der Kläger berichtete dort über Dauerschmerzen im Kreuzbereich mit Ausstrahlungen in das linke Bein bis zu den Zehen. Die freie Gehstrecke betrage mehrere Kilometer. Es würden laufend physikalische und krankengymnastische Maßnahmen durchgeführt. Dr. B. diagnostizierte: 1. Chronisch-rezidivierende Lumbago/Lumboischalgie links bei Wirbelsäulenfehlstatik sowie lumbalen Bandscheibenschäden, insbesondere L4/L5 und L5/S1. 2. Chronisch-rezidivierendes Cervikalsyndrom mit intermittierenden Brachialgien links bei Bandscheibenschäden C3/C4, C4/C5 und C6/C7. 3. Residuum bei bekannter Schizophrenie. 4. Periarthropathia humero-scapularis simplex, Tentinitis links ohne Funktionseinschränkungen. Dr. B. hat beim Kläger eine Rehabilitationsbedürftigkeit ebenso bejaht wie die Motivation zur Rehabilitation, er hat allerdings keine stationäre Maßnahme für erforderlich gehalten, da bei ausreichender Mobilität des Versicherten eine schmerztherapeutische Intervention auch auf ambulanter Ebene erfolgen könne. Es sei zwar gegenüber 2005 eine Befundverschlechterung eingetreten, es genüge aber weiterhin eine Rehabilitationsmaßnahme auf ambulanter Ebene.

Die Beklagte hat bei Übersendung der Stellungnahme des MDK auch darauf hingewiesen, dass die dort für erforderlich gehaltene ambulante Rehabilitationsmaßnahme bewilligt worden sei. Dem Kläger seien bereits am 17. April 2007 12 Therapieeinheiten ambulanter Rehabilitationsmaßnahme bewilligt worden und diese auch in der Zeit vom 27. April 2007 bis 23. Mai 2007 im Therapiezentrum M. in A. durchgeführt worden. Auch deshalb bestünden keine Anhaltspunkte für eine dringende medizinische Erforderlichkeit weiterer insbesondere stationärer Maßnahmen. Weitere acht Einheiten seien im Juni 2007 bewilligt worden.

Die derzeit behandelnden Orthopäden Dres. W. u.a. haben im Befundbericht vom 27. August 2007 auf Anfrage des Senats mitgeteilt, dass sich die Befunde weder gebessert noch verschlechtert haben. Der Kläger werde krankengymnastisch und physikalisch versorgt.

Auf die Anfrage des Senats, warum trotz Inanspruchnahme der ambulanten Reha-Maßnahme weiter eine vorfristige stationäre Reha-Maßnahme begehrt werde, antwortete der Kläger, es sei ihm nur eine Reha-Maßnahme ambulant gewährt worden. Er wolle weitere ambulante Reha-Maßnahmen durchführen.

Der Kläger beantragt sinngemäß, das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 1. Februar 2007 sowie den Bescheid der Beklagten vom 11. Januar 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. Juli 2006 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, eine stationäre Reha-Maßnahme vor Ablauf der Vierjahresfrist zu bewilligen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Wegen weiterer Einzelheiten wird auf den Inhalt der Akten der Beklagten, des Sozialgerichts Augsburg, des Bayerischen Landessozialgerichts und des Versorgungsamtes A. Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung (§§ 151, 143, 144 Sozialgerichtsgesetz - SGG -) ist zulässig.

Die Berufung erweist sich jedoch als unbegründet, da das angefochtene Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 1. Februar 2007 nicht zu beanstanden ist. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die beantragte stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme nach § 40 Abs. 2 i.V.m. Abs. 3 S. 4 SGB V, da eine stationäre Maßnahme wegen der ausreichenden ambulanten Maßnahmen nicht erforderlich ist und die medizinische Dringlichkeit vor Ablauf der Vierjahresfrist nach Erbringung der letzten stationären Maßnahme erst recht nicht begründet werden kann.

Nach § 40 Abs. 2 SGB V in der mit Wirkung vom 1. April 2007 geltenden Fassung erbringt die Krankenkasse eine stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 20 Abs. 2a des Neunten Buches (SGB IX) zertifizierten Rehabilitationseinrichtung mit der ein Vertrag nach § 111 SGB V besteht, wenn eine Leistung nach Abs. 1, also eine ambulante Krankenbehandlung oder ambulante Rehabilitationsleistung in entsprechenden Rehabilitationseinrichtungen nicht ausreicht. Dabei bestimmt die Krankenkasse nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen (§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V). Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 könne 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 (§ 40 Abs. 3 Satz 4 SGB V). § 40 Abs. 2 SGB V setzt also voraus, dass bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht um die in § 11 Abs. 2 SGB V beschriebenen Ziele zu erreichen. Die Voraussetzungen des § 11 Abs. 2 SGB V lauten: Versicherte haben 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 mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Diese in § 40 Abs. 2 SGB V ausdrücklich genannte Voraussetzung ergibt sich im Übrigen auch aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot der Krankenversicherung in § 12 SGB V das vorsieht, dass Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Die aufwändige Leistung der stationären Rehabilitation ist somit erst dann zweckmäßig und notwendig, wenn weniger aufwändige Maßnahmen wie z.B. ambulante Maßnahmen der Rehabilitation, nicht ausreichen.

Diese Voraussetzungen sind wie bereits das Sozialgericht zu Recht festgestellt hat, in Auswertung aller vorhandenen medizinischen Unterlagen insbesondere dem Gutachten des Medizinischen Dienstes der Beklagten vom Juni 2007, aber auch aufgrund der tatsächlich gewährten und vom Kläger auch in Anspruch genommenen ambulanten Reha-Maßnahmen im April und Mai 2007 bzw. ab Juli 2007 weder zur Zeit der Entscheidung des SG noch derzeit erfüllt. Die von der Beklagten angebotenen und tatsächlich erbrachten ambulanten Reha-Maßnahmen waren ausreichend, um die Gesundheitsstörungen des Klägers zu therapieren. Damit fehlt es bereits an der Notwendigkeit einer stationären Maßnahme, so dass die Frage, ob eine vorzeitige Erbringung der Maßnahme erforderlich war, bereits aus diesem Grunde entfällt. Der Kläger war zuletzt 2005 zu Lasten der Beklagten in Bad G. in einer stationären Reha-Maßnahme behandelt worden. Obwohl zumindest im Juni 2007 eine Verschlechterung der Befunde eingetreten war, konnte auch zu diesem Zeitpunkt die Notwendigkeit einer erneuten stationären Behandlung nicht festgestellt werden.

Der behandelnde Arzt Dr. S., der zunächst eine entsprechende Behandlung verordnete, hat im Laufe des Verfahrens, vor allem in Kenntnis des Berichts über die stationäre Behandlung vom November 2005, an dieser Verordnung nicht festgehalten, da durch die Befunde während der stationären Behandlung deutlich geworden ist, dass die von ihm zunächst für mögliche gehaltene psychosomatische Therapie wegen der zu geringen Krankheitseinsicht und Mitarbeit des Klägers nicht durchführbar ist. Dies hat Dr. S. in seinem Bericht an das Sozialgericht vom November 2006 ausdrücklich so dargestellt und darüber hinaus mitgeteilt, dass die Soziotherapie, die ambulant hätte durchgeführt werden können, vom Kläger abgelehnt werde. Auch der derzeit behandelnde Orthopäde Dr. W. hat zwar über laufende Schmerzen im Bereich der HWS bei bekannten Bandscheibenvorfällen sowie Lumbalgien berichtet, verwies aber weiter auf die Berichte der neurologischen Klinik insbesondere vom November 2005 und berichtete über krankengymnastische und physikalische Versorgung des Klägers. Diesem Bericht kann nicht entnommen werden, dass der behandelnde Arzt die durchgeführte Behandlung für unzureichend hält. Auch der im Jahre 2006 behandelnde Arzt Dr. R. hat die Weiterführung der Massagen zur Muskellockerung empfohlen. Vom Kläger vorgelegte Verordnungsblätter zur Verordnung von medizinischer Rehabilitation sind von diesem teilweise mit Zusätzen versehen und wurden nur unvollständig vorgelegt. Die spätere Verordnung von Dr. S. vom 19. März 2007 ist nicht auf die Gewährung einer stationären Maßnahme gerichtet sondern befürwortet vielmehr eine ambulante Rehabilitation mit der Begründung, der Kläger sei ausreichend mobil.

Bis zur Entscheidung durch das Sozialgericht war nicht nachgewiesen, dass eine Verschlechterung im Gesundheitszustand des Klägers eingetreten sei, das Sozialgericht hat daher zu Recht auf die Einholung eines Gutachtens verzichtet, zumal bereits zu diesem Zeitpunkt der behandelnde Arzt Dr. S. die vorzeitige Wiederholung der zuletzt im Mai 2005 durchgeführten Maßnahme nicht mehr für erforderlich gehalten hat. Dies wurde zu Recht auch damit begründet, dass nach der Aufstellung der Beklagten in hoher Frequenz laufend Behandlungen wie Massagen, physikalische Therapie und Krankengymnastik durchgeführt wurden. Darüber hinaus hat das Sozialgericht zu Recht berücksichtigt, dass die erheblichen motorischen Auffälligkeiten schizophrene bedingt sind und hier, wie die Abteilungen für Neurologie des Klinikums A. bzw. der Universität M. festgestellt haben, eine Krankheitseinsicht des Klägers fehlt, sodass eine Besserung nicht zu erreichen ist.

Zu einer Untersuchung des Klägers musste sich der Senat ebenfalls nicht gedrängt fühlen, da er keine neuen Gesichtspunkte vorgetragen

hat, die nicht bei allen behandelnden Ärzten und in allen Stellungnahmen bereits ausreichend Berücksichtigung gefunden haben. Darüber hinaus konnte er auch nicht darlegen, warum die von ihm tatsächlich in Anspruch genommene und im Jahr 2007 durchgeführte ambulante Reha-Maßnahme das Behandlungsziel nicht erreicht habe. Darauf ist der Kläger trotz ausdrücklicher Nachfrage nicht eingegangen, er hat vielmehr im letzten Schriftsatz ambulante Maßnahmen gefordert. Unter Berücksichtigung des Krankheitsbildes des Klägers kann auch nicht erwartet werden, dass er die weiterhin erforderliche Unterscheidung der Behandlungsbedürftigkeit des psychiatrischen Krankheitsbildes bzw. des orthopädischen Krankheitsbildes nachvollziehen kann.

Die Kostenentscheidung beruht auf den Erwägungen, dass der Kläger mit seinem Berufungsverfahren nicht obsiegt ([§ 193 SGG](#)).

Gründe, gemäß [§ 160 Abs. 2 Ziff. 1](#) und 2 SGG die Revision zuzulassen, sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2008-06-06