L 1 KR 17/00

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
Sächsisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Chemnitz (FSS)
Aktenzeichen
S 13 KR 71/98
Datum
25.02.2000
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 17/00
Datum
11.04.2001
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
I. Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 25.02.2000 wird zurückgewiesen.
II. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Kostenerstattung für eine Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation (Anschlussheilbehandlung) in Höhe von 2.851,40 DM.

Die am ...1911 geborene ...S ... (S.) ist die Mutter der Kläger. Sie verstarb am ...1997. Am 07.04.1997 hatte S., die bei der Beklagten krankenversichert war, einen Schlaganfall erlitten, der zu einer Schwäche im linken Arm geführt hatte. Diese war nach den Feststellungen des ärztlichen Entlassungsberichts des ev.-luth. Diakonissenkrankenhauses L ... trotz konsequenter Physiotherapie noch im Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Behandlung am 26.04.1997 vorhanden.

Bereits am 24.04.1997 hatte S. auf Veranlassung des ev.-luth. Diakonissenkrankenhaus L ... bei der Beklagten einen Antrag auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation (Durchführung einer Anschlussheilbehandlung) gestellt. Dieser sei bei Zustand nach Apoplexia cerebri wegen anhaltender Kraftminderung und Bewegungsverlangsamung der linken Hand und starker Beeinträchtigung der Feinmotorik begründet. Eine ambulante oder teilstationäre Anschlussheilbehandlung sei der S. aufgrund ihres Alters nicht zumutbar. Rehabilitationsziel sei die Wiederherstellung der Selbständigkeit der S ... Als Risikofaktoren lägen bei S. eine absolute Arrhytmie bei Vorhof-Flimmern sowie ein Diabetes mellitus vor.

Der Beklagten lagen Krankenunterlagen, Befunde und der ärztliche Entlassungsbericht des ev.-luth. Diakonissenkrankenhauses L ... sowie ein Pflegegutachten von Dr. P ... vom 17.04.1996 vor. Dr. P ... hatte bei S. als pflegebegründende Diagnosen einen cerebrovaskulären Prozess mit hirnorganischem Psychosyndrom mit Zeitgitterstörungen, zeitweiser Verwirrtheit und Fehlhandlungen, eine CIHK (chronisch ischämische Herzkrankheit) mit Herzrhythmusstörungen, Sehschwäche mit Retinopathie sowie Diabetes mellitus festgestellt. Für die Grundpflege seien mehr als 45 Minuten erforderlich. Hauswirtschaftliche Verrichtungen müssten voll übernommen werden.

Die Beklagte lehnte den Antrag der S. mit Bescheid vom 25.04.1997 ab. Aufgrund der Schwere der Erkrankung und des dadurch notwendigen hohen Pflegeaufwandes sei zunächst mit ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen zu Hause bzw. in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung zu beginnen. Die Anschlussheilbehandlung in einer Rehabilitationseinrichtung erfordere, dass in den meisten Bereichen, die beübt werden, eine aktive Mitarbeit notwendig sei. Nach den vorliegenden Unterlagen sei dies bei S. nicht möglich. Gegenwärtig überwiegten noch die pflegerischen Leistungen. Hiergegen legte S. durch ihren Sohn, dem Kläger zu 1), am 27.05.1997 Widerspruch ein, da die rechtlichen und medizinischen Gründe für eine Anschlussheilbehandlung gegeben gewesen seien. Die Anschlussheilbehandlung sei bereits im V ...-Klinikum B ... E ... durchgeführt worden. Hierfür seien Kosten in Höhe von 2.851,40 DM entstanden. Als Nachweis hierfür wurden zwei Rechnungen der V ...-Klinik B ... E ... vom 12.05.1997 sowie der Entlassungsbericht der V ...-Klinik B ... E ... vom 20.05.1997 vorgelegt. Danach wurde S. im Zeitraum vom 28.04.1997 bis 16.05.1997 einer Einzelkrankengymnastik zugeführt und zur Verbesserung der Feinmotorik Ergotherapie und Streichmassagen verordnet. Es sei möglich gewesen, die Patientin zu mobilisieren und die Selbständigkeit zu verbessern. S. sei auf fremde Hilfe angewiesen, jedoch nicht vollständig pflegebedürftig. Die grobe Kraft im Bereich der linken Extremität habe verbessert werden können, ein vollständiger Faustschluss sei nicht möglich. Die Feinmotorik bleibe gestört.

Die Beklagte holte ein Gutachten des MDK vom 23.06.1997 ein, erstattet durch Dr. P ... nach ambulanter Untersuchung der S ... Dieser kam zu dem Ergebnis, dass die aufgetretene Schwäche im Bereich des linken Armes aus medizinischer Sicht keine Durchführung einer Anschlussheilbehandlung gerechtfertigt habe. Die körperliche Mobilität sei im Wesentlichen nicht mehr eingeschränkt als vor dem akuten Schlaganfall. Die während der Anschlussheilbehandlung durchgeführte physiotherapeutische Beübung hätte ebenso nach der Krankenhausentlassung im häuslichen Bereich bzw. in einer physiotherapeutischen Praxis erfolgen können. Dem Gutachten beigefügt war ein Pflegegutachten von Dr. P ..., erstattet am 20.06.1997. Danach habe keine Einschränkung der groben Beweglichkeit der Arme bestanden. Der Faustschluss sei beidseits gut möglich, Kraft auch im linken Arm gut vorhanden gewesen. Seit Dezember 1995 und auch zum Zeitpunkt der Untersuchung erfülle S. die Voraussetzungen der Pflegestufe I.

Den Widerspruch der S. wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 29.09.1997, dem Bevollmächtigten der S.- dem Kläger zu 1.) - am 01.10.1997 zugestellt, zurück. Zur Begründung führte die Beklagte aus, dass bei S. aufgrund verschiedener Erkrankungen auch vor dem Schlaganfall eine Einschränkung bei den Verrichtungen des täglichen Lebens vorgelegen habe. Die mit der Anschlussheilbehandlung angestrebte Wiederherstellung einer selbständigen Lebensführung sei somit nicht möglich gewesen. Die während der Rehabilitationsmaßnahme durchgeführte Physiotherapie habe auch am Wohnort erfolgen können. Eine Kostenerstattung sei daher ausgeschlossen.

Hiergegen erhob der Kläger zu 1) am 13.10.1997 beim Sozialgericht Leipzig Klage. Bei seiner Mutter habe eine Indikation entsprechend dem Indikationskatalog vorgelegen. Sie sei rehabilitationsfähig gewesen. Eine ambulante Behandlung am Heimatort hätte keinen Erfolg gebracht, da bei ihr Multimorbidität und zweitweise Verwirrtheit mit Fehlhandlungen bestanden habe. Eine ambulante Behandlung sei auch deshalb nicht durchführbar gewesen, da seine Mutter des öfteren den Pflegeschwestern nicht geöffnet habe oder auch in anderen Fällen die ärztlich verordneten Behandlungen verweigert habe. Aus diesem Grund sei die Anschlussheilbehandlung in der Klinik, in der er tätig sei, erfolgt, da er so als Sohn einen Einfluss auf sie habe nehmen können.

Nach Verweisung wegen örtlicher Unzuständigkeit (Beschluss des Sozialgerichts Leipzig vom 27.02.1998) an das Sozialgericht Chemnitz (SG) hat das SG Beweis erhoben und ein Gutachten auf internistischem Fachgebiet von Frau Dr. S ..., Facharzt für Innere Medizin, eingeholt. Diese kam in ihrem Gutachten vom 25.04.1999 zu dem Ergebnis, dass bei den schweren körperlichen aber vor allem psychischen Vorschäden eine Anschlussheilbehandlung kontraindiziert gewesen sei. Die in der Anschlussheilbehandlung erreichte Besserung der Funktion des linken Armes und der linken Hand wäre ebenso in einer ambulanten Physiotherapie erreicht worden. Eine Zunahme der Pflegebedürftigkeit habe die Anschlussheilbehandlung nicht verhüten können. Wegen des Gutachtens im Übrigen wird auf Bl. 54-56 der Sozialgerichtsakte Bezug genommmen.

Die Beteiligten haben zu dem Gutachten Stellung genommen. Die Kläger haben vorgetragen, die Gutachterin habe nicht beachtet, dass bereits die Funktion der rechten Hand der S. nach einer Fraktur stark eingeschränkt gewesen sei, so dass die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit der linken Hand dringend erforderlich gewesen sei. Die linke Hand sei die Arbeitshand gewesen.

Die gerichtlich bestellte Sachverständige hat hierzu mit Schreiben vom 31.10.1999 Stellung genommen und an ihrer Einschätzung festgehalten.

Das SG hat auf mündliche Verhandlung mit Urteil vom 25.02.2000 die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat das SG ausgeführt, dass ein Anspruch auf Kostenerstattung nicht bestehe, da die Beklagte die Bewilligung einer stationären Anschlussheilbehandlung nicht zu Unrecht abgelehnt habe. Eine Indikation für eine Anschlussheilbehandlung habe nach den medizinischen Unterlagen nicht bestanden. Eine ambulante Behandlung wäre ausreichend gewesen.

Gegen das Urteil des SG (abgesandt am 04.04.2000) richtet sich die am 28.04.2000 beim SG eingelegte Berufung. Die Kläger vertreten die Auffassung, dass es bei ambulanten Behandlungen zu Schwierigkeiten gekommen sei, so dass die Therapieziele nicht hätten erreicht werden können. Bei ambulanten Behandlungen wäre stets eine Begleitperson erforderlich gewesen, ebenso die Bezahlung der Taxikosten, was unwirtschaftlich gewesen sei. Die durchgeführte Anschlussheilbehandlung sei laut Entlassungsbericht erfolgreich gewesen. Durch aktive Mitarbeit der S. sei nicht nur die Lebensqualität verbessert, sondern auch eine Höherstufung in der Pflegebedürftigkeit verhindert worden. Der Erfolg der Rehabilitation sei durch das zweite Gutachten des MDK vom 20.06.1997 letzten Endes bestätigt worden.

Die Kläger beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 25.02.2000 und den Bescheid vom 25.04.1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.09.1997 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, den Klägern die Kosten für die vom 28.04.1997 bis 16.05.1997 durchgeführte Anschlussheilbehandlung in Höhe von 2.851,40 DM zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat zur Aufklärung des medizinischen Sachverhaltes einen Befundbericht von Frau Dipl.-Med. H ..., Internistin, eingeholt. Diese gab an, dass nach der Entlassung aus der Anschlussheilbehandlung unverändert eine Schwäche im linken Arm der S. bestanden habe.

Wegen der weiteren Einzelheiten zum Sach- und Streitstand wird auf den Inhalt der Gerichtsakten aus beiden Rechtszügen und auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung (§§ 143, 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG -) ist zulässig, erweist sich in der Sache jedoch als

unbegründet. Mit Recht hat das SG die Klage abgewiesen. Die von den Klägern angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig und verletzen sie nicht in ihren Rechten (§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG). Die Kläger als Gesamtrechtsnachfolger der verstorbenen S. (§§ 1922 Abs. 1, 1924 Abs. 1 BGB, § 58 Satz 1 SGB I) haben keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die von S. im Zeitraum vom 28.04.1997 bis 16.05.1997 durchgeführte Anschlussheilbehandlung in Höhe von 2.851,40 DM.

Der Senat konnte offen lassen, ob die örtliche Zuständigkeit des SG im Hinblick darauf, dass die Kläger in verschiedenen Gerichtsbezirken wohnen, gegeben war (§ 58 Abs. 1 Nr. 5 SGG). Das SG wie auch der Senat sind gem. § 17a Abs. 2 Satz 3 Gerichtsverfassungsgesetz, § 98 Satz 1 SGG an den Verweisungsbeschluss des Sozialgerichts Leipzig gebunden.

Als Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch kommt allein § 13 Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB V - in Betracht. Danach hat die Krankenkasse dem Versicherten die für die Beschaffung der Leistung entstandenen Kosten zu erstatten, wenn sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat, soweit die Leistung notwendig war.

Eine unaufschiebbare Behandlung im Sinne von § 13 Abs. 3 1. Alternative SGB V liegt im Hinblick auf die in der Vogtlandklinik durchgeführte Anschlussheilbehandlung nicht vor. Unaufschiebbar ist eine Leistung nur dann, wenn sie so notwendig ist, dass aus medizinischen Gründen eine Verzögerung nicht vertretbar ist (vgl. BSGE 24, 172). Dies trifft vor allem bei den Notfällen i. S. d. § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V vor. Eine unaufschiebbare Notfallbehandlung lag indes nicht vor. Gegenstand der erbrachten Leistung waren "lediglich" rehabilitative Maßnahmen zur Besserung der Funktionstüchtigkeit des linken Armes der S ...

Die Beklagte hat die durchgeführte Anschlussheilbehandlung auch zu Recht abgelehnt (§ 13 Abs. 3 2. Alternative SGB V).

Ob die Beklagte die streitbefangene Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und daher unter Außerachtlassung des Sachleistungsprinzips zur Kostenerstattung verpflichtet ist, beurteilt sich danach, ob S. gegen die Beklagte einen Anspruch auf Gewährung einer stationären Maßnahme der medizinischen Rehabilitation in einer Rehabilitationseinrichtung mit Unterkunft und Verpflegung hatte.

Die Voraussetzungen für die Gewährung einer solchen Leistung lagen indes nicht vor. Zwar war die Verstorbene bei der Beklagten krankenversichert. Bei S. lag jedoch keine Erkrankung vor, die die Durchführung der Anschlussheilbehandlung gerechtfertigt hätte.

Der Anspruch des Versicherten auf Krankenbehandlung im Rahmen des § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V umfasst nach § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V u. a. medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation. § 11 Abs. 2 SGB V schränkt den Anspruch auf diese Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) insoweit ein, als diese notwendig sein müssen, um einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Diese leistungsrechtliche Rechtsgrundlage konkretisiert § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB V dergestalt, dass der Leistungsanspruch vordringlich auf die Gewährung ambulanter medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen zielt. Danach kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche Maßnahmen in Form einer ambulanten Rehabilitationskur erbringen, wenn beim Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung einschließlich ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen nicht ausreicht, um die in § 27 Satz 1 und in § 11 Abs. 2 SGB V beschriebenen Ziele zu erreichen.

Anspruch auf eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme besteht hingegen nach Maßgabe des § 40 Abs. 2 SGB V erst dann, wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen. Die stationäre Rehabilitationsmaßnahme ist entsprechend dem Gesetzeswortlaut und der Gesetzessystematik also gegenüber ambulanten Maßnahmen, insbesondere gegenüber ambulanten Rehabilitationskuren, nachrangig. Ob die stationäre Rehabilitationsmaßnahme im Einzelfall erforderlich ist, hat die Krankenkasse auf der Grundlage der vertragsärztlichen Verordnung i. S. d. § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V und der von ihr nach § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V zu veranlassenden Prüfung durch den Medizinischen Dienst zu beurteilen.

Gemessen an diesen rechtlichen Voraussetzungen stand der S. der geltend gemachte Anspruch im Hinblick auf die bei ihr vorgelegenen Gesundheitsstörungen nicht zu.

Bei S. lagen im Zeitpunkt der Antragstellung folgende Gesundheitsstörungen vor:

- cerebrovaskuläre Insuffizienz mit hirnorganischem Psychosyndrom
- Diabetes mellitus Typ II a
- koronare Herzkrankheit mit absoluter Arrhythmie
- arterielle Hypertonie WHO Stadium I-II
- Zustand nach Schlaganfall mit Schwäche des linken Armes
- Zustand nach Radiusfraktur der rechten Hand mit Bewegungs- einschränkung und Kraftminderung
- Polyarthrose verbunden mit Bewegungseinschränkung der großen Gelenke und der Wirbelsäule
- Sehschwäche bei diabetischer Retinopathie

Dies ergibt sich aus der medizinischen Dokumentation, insbesondere aus dem Pflegegutachten vom 17.04.1996, dem ärztlichen Entlassungsbericht des ev.-luth. Diakonissenkrankenhauses L ... und der V ...-Klinik B ... E ... sowie aus dem ärztlichen Befundbericht von Frau Dipl.-Med. H ...

Aufgrund des hirnorganischen Syndroms, das mit Aggressivität, Verwirrtheit, Zeitgitterstörungen und der Gefahr von Fehlhandlungen verbunden war, hat der Senat bereits Bedenken, ob die Verstorbene überhaupt rehabilitationsfähig war. Selbst wenn der S. entsprechend dem ärztlichen Reha-Entlassungsbericht einzelne physiotherapeutische Maßnahmen möglich gewesen seien sollten, fehlte es ihr infolge der psychischen Störungen wohl an der erforderlichen psychosomatischen Reaktionsfähigkeit. Hierauf hat die gerichtlich bestellte Sachverständige ausdrücklich hingewiesen.

Jedenfalls erwies sich die von S. durchgeführte stationäre Maßnahme der Rehabilitation aber nicht als notwendig, um die in § 11 Abs. 2 SGB

V normierten Rehabilitationsziele zu erreichen. Es lag keine Indikation für eine Anschlussheilbehandlung nach der aufgrund des Schlaganfalles erfolgten stationären Behandlung vor. Dies hat das SG zu Recht auf der Grundlage der vorliegenden medizinischen Unterlagen festgestellt. Selbst wenn entgegen der Auskunft von Dr. Herrmann durch die stationäre Rehabilitationsmaßnahme die grobe Kraft im Bereich der linken Extremität verbessert werden konnte und S. wieder in der Lage war, den Faustschluss vollständig durchzuführen, hätte dies auch durch ambulante physiotherapeutische Maßnahmen erreicht werden können. Dies ergibt sich aus dem Gutachten der gerichtlich bestellten Sachverständigen, deren Einschätzung in Übereinstimmung mit der von Dr. P ... steht und durch diese untermauert wird. Der Senat schließt sich dieser gutachterlichen Einschätzung an. Er hat das Gutachten von Fr. Dr. S ... unter Würdigung der Befunde und in der Beantwortung der Beweisfragen des SG für sachkundig erstellt und als nachvollziehbar und schlüssig befunden. Medizinische Gründe, die gegen die Durchführung von ambulanten physiotherapeutischen Maßnahmen gesprochen hätten, sind nicht ersichtlich, zumal solche Maßnahmen auch im häuslichen Bereich der S. hätten durchgeführt werden können. Die psychischen Störungen standen dem nicht entgegen, insbesondere nicht der Umstand, dass die S. teilweise nach Angaben der Kläger Hilfspersonen den Eintritt in ihre Wohnung verwehrte. Um dies zu verhindern, wären vielmehr betreuerische Maßnahmen angezeigt gewesen. Die Notwendigkeit einer stationären Kurmaßnahme lässt sich hieraus nicht begründen. Diese ergibt sich entgegen der Auffassung der Kläger ebenso wenig aus dem Umstand, dass auch die rechte Hand der S. aufgrund einer früheren Verletzung bereits eingeschränkt gebrauchsfähig war. Dieser Umstand war ausweislich der Ausführungen im Pflegegutachten vom 20.06.1997 von Dr. P ... als auch von der gerichtlich bestellten Sachverständigen - jedenfalls nach Vorhalt der Stellungnahme der Kläger - berücksichtigt worden. Beide Gutachter kamen jedoch übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass ambulante Heilmaßnahmen ausreichend gewesen wären.

Im Übrigen waren auch die bereits vor dem Schlaganfall bestehenden Erkrankungen der S. keiner stationären rehabilativen Maßnahme zugänglich. Der Senat schließt sich auch insoweit den Feststellungen der gerichtlich bestellten Sachverständigen an. Der Rehaentlassungsbericht belegt, dass diese Erkrankungen auch nach dem Aufenthalt der S. in der Vogtlandklinik unverändert vorhanden waren.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs. 1 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision (§ 160 Abs. 2 SGG) liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2003-09-10