

## S 14 KR 150/03

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

SG Dresden (FSS)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

14

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 14 KR 150/03

Datum

25.04.2005

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach [§ 40 SGB V](#) besteht ein Stufenverhältnis. Leistungen der jeweils höheren Stufe können nur in Anspruch genommen werden, wenn die Leistungen der vorherigen Stufe aus medizinischen Gründen nicht ausreichen.

I. Die Klage wird abgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um ein Recht des Klägers auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Rehabilitationseinrichtungen.

Der Kläger ist am ... geboren.

Ein Grad der Behinderung von 70 ist anerkannt. Die Voraussetzungen für die Zuerkennung des gesundheitlichen Merkmals (Merkzeichen) G sind festgestellt, Bescheid vom 10. Juli 2001 in der Fassung der Bescheide vom 17. Oktober 2001, 21. Mai 2002 und 5. Juni 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. September 2002, abgeändert durch Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 29. August 2003 (S 13 SB 234/02).

Am 10. Juli 2002 beantragte der Kläger bei der Beklagten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Ein entsprechender Vorschlag des behandelnden Facharztes für Innere Medizin, Dipl. Med. A. vom 8. Juli 2002 lag bei. Als Rehabilitationsziel wurde angegeben: Verbesserung der Belastbarkeit.

Die Beklagte zog daraufhin eine Epikrise vom 6. Mai 2002 der Herzzentrum D. GmbH Universitätsklinik bei und holte eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ein. Danach lehnte sie mit Bescheid vom 23. Juli 2002 den Antrag ab. Eine Rehabilitation sei medizinisch nicht zu vertreten. Lindernde Behandlungsmaßnahmen am Wohnort seien zu empfehlen.

Dagegen erhob der Kläger am 1. August 2002 Widerspruch. Eine bestehende Herzerkrankung sei fortschreitend. Eine nochmalige Operation sei ausgeschlossen. Die begehrte Reha-Maßnahme sei erforderlich.

Nach erneuter Stellungnahme des MDK teilte die Beklagte dem Kläger mit Schreiben vom 20. September 2002 mit, er erhalte die Kostenzusage für eine medizinische Vorsorgeleistung. Die Kostenzusage wurde mit einem weiteren Schreiben vom 20. September 2002 konkretisiert. Wegen der Einzelheiten hierzu wird auf das Schreiben vom 20. September 2002 verwiesen. Daraufhin nahm der Kläger ebenso am 20. September 2002 den Widerspruch gegen den Bescheid vom 23. Juli 2002 zurück.

Mit Schreiben vom 9. November 2002 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Leistung einer stationären Reha-Kur. Seit einigen Monaten sei er am linken Auge erblindet und dadurch noch weiter behindert. Im Vorschlag des ebenso behandelnden Facharztes für Innere Medizin, Dipl. Med. A. vom 15. November 2002 wurde als Rehabilitationsziel angegeben: Verbesserung der kardiopulmonalen Funktionsparameter.

Die Beklagte forderte eine Stellungnahme des MDK an. Sodann lehnte sie mit Bescheid vom 3. Dezember 2002 den Antrag ab. Eine stationäre Rehabilitation gefährde den Gesundheitszustand des Klägers. Wohldosierte Behandlungen am Wohnort seien weiterhin angezeigt.

Dagegen erhob der Kläger am 19. Dezember 2002 Widerspruch. Aufgrund des Hochwassers im Sommer 2002 seien die Kureinrichtungen in Sachsen für eine ambulante Kur bis November 2002 nicht aufnahmefähig gewesen. Nach Rücksprache mit seinem neuen Arzt, Dipl. Med. B., begehre er eine stationäre Reha-Maßnahme unter ärztlicher Kontrolle.

Mit Bescheid vom 27. März 2003 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück. Es bestehe keine ausreichende Belastbarkeit für eine unter stationären Bedingungen durchzuführende Maßnahme.

Hiergegen richtet sich die Klage vom 22. April 2003.

Im Rahmen der medizinischen Ermittlungen hat das Gericht Gutachten von Dr. med. habil. C., Chefarzt der II. Medizinischen Klinik des Städtischen Klinikums D.-F., vom 7. Mai 2003 und Prof. Dr. med. D., Direktor der Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde des Universitätsklinikums an der Technischen Universität D., vom 1. Juli 2003, beigezogen. Beide Gutachten wurden im Verfahren beim erkennenden Gericht unter dem Aktenzeichen S 13 SB 234/02 erstattet. Des weiteren hat das Gericht Befundberichte und Stellungnahmen der behandelnden Ärzte des Klägers angefordert. Schließlich hat das Gericht Priv.-Doz. Dr. med. E., funktioneller Nachfolger von Dr. med. habil. E. mit der Erstattung eines Sachverständigengutachtens beauftragt. Im Gutachten vom 12. Februar 2005 werden folgende Diagnosen benannt: koronare Herzkrankheit: stumm verlaufender Vorderwandinfarkt, koronare 3-fach Bypass-Operation 7/1998, gering eingeschränkte systolische Pumpfunktion, derzeit keine Belastungs-Angina pectoris; arterielle Hypertonie mit ausgeprägter linksventrikulärer Hypertrophie; Adipositas, Schweregrad I der WHO-Klassifikation; Lungenemphysem; latenter, bisher nicht bekannter Diabetes mellitus (Typ IIb - siehe HbA1), Hypertriglyzeridämie; beginnend Dupuytren'sche Kontraktur bds.; Narbenbruch im Epigastrium; Sehschwäche links nach Zentralvenenthrombose 11/2001 sowie asymptomatischer Harnwegsinfekt. Außer der allgemeinen Empfehlung zu einer gesunden Ernährungs- und Lebensweise mit täglicher körperlicher Betätigung seien keine zusätzlichen, medizinisch indizierten Empfehlungen abzuleiten. Es bestehe eine altersentsprechend akzeptable Gesamtleistungsfähigkeit. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt des Gutachtens verwiesen.

Der Kläger trägt vor, die Feststellungen des Sachverständigen seien unzutreffend und für ihn nicht nachzuvollziehen. Sein gesundheitlicher Zustand habe sich in den letzten Jahren gefestigt. Er halte aber nach der Operation am offenen Herzen nach sechs Jahren eine Reha-Kur für erforderlich. Die Ablehnung der Beklagten erfolge aus prinzipiellen Erwägungen. Dies akzeptiere er nicht.

Der Kläger beantragt, die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 3. Dezember 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. März 2003 zu verpflichten, ihm Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu erbringen.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Die angefochtenen Entscheidungen seien rechtmäßig. Ärztliche Behandlungen und ambulante Therapien am Wohnort seien ausreichend. Weder stationäre noch ambulante Vorsorge- / Rehabilitationsleistungen seien notwendig. An die Kostenzusage vom 20. September 2002 sehe sie sich aufgrund dessen und wegen Zeitablaufes nicht mehr gebunden.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist unbegründet. Klagebegehren ([§ 123 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)) ist die Verpflichtung der Beklagten, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Rehabilitationseinrichtungen zu erbringen. Der Kläger hat kein Recht auf derartige Leistungen. Der Bescheid vom 3. Dezember 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. März 2002 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in eigenen Rechten.

Nach §§ 11 Abs. 1 Nr. 4, 27 bis 52 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) haben Versicherte Anspruch auf Behandlung einer Krankheit. Weiterhin haben sie gemäß [§ 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) u.a. Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn diese notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Die Leistungen nach [§ 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) werden unter Beachtung des SGB Neuntes Buch (IX) erbracht, soweit im SGB V nichts anderes bestimmt ist, vgl. [§§ 11 Abs. 2 Satz 3 SGB V](#), [7 Satz 1](#) iVm 4 Abs. 1f, 5 Nr. 1 und 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX. Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation richten sich nach dem SGB V, vgl. [§ 7 Satz 2 SGB IX](#).

Nach § 12 Abs. 1 SGB müssen Leistungen der Krankenversicherung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (Satz 1), vgl. ebenso [§ 70 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#). Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (Satz 2).

Versicherte haben gemäß [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, vgl. [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V](#). Wegen des möglichen Inhaltes von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wird beispielhaft auf [§ 26 Abs. 2f SGB IX](#) verwiesen.

Nach [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen oder wohnortnahen Einrichtungen erbringen, wenn eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht, um die in [§ 11 Abs. 2 SGB V](#) beschriebenen Ziele zu erreichen. Reichen ambulante Rehabilitationsleistungen nicht aus, kann die Krankenkasse gemäß [§ 40 Abs. 2 SGB V](#) stationäre Rehabilitationsleistungen mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung erbringen.

Unter Berücksichtigung dessen besteht insoweit folgendes Stufenverhältnis: 1. ambulante Krankenbehandlung 2. ambulante Rehabilitationsleistungen 3. stationäre Rehabilitationsleistungen. Leistungen der jeweils höheren Stufe können nur in Anspruch genommen werden, wenn die Leistungen der vorherigen Stufe aus medizinischen Gründen nicht ausreichen.

Die Entscheidung über Ansprüche auf Rehabilitationsleistungen erfolgt nach der Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der letzten mündlichen

Verhandlung. Neue Tatsachen oder Rechtsänderungen sind im Rahmen des Streitgegenstandes zu berücksichtigen. Der Streitgegenstand bestimmt sich hier nach dem konkreten Begehren, über das die Beklagte in den angefochtenen Bescheiden entschieden hat. Vgl. zum Vorstehenden zB Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 25. März 2003 - [B 1 KR 33/01 R](#) - [SozR 4-1500 § 54 Nr. 1](#).

Der Kläger beehrte mit Schreiben vom 9. November 2002 erneut stationäre Rehabilitationsleistungen. Allein darüber hat die Beklagte in den angefochtenen Bescheiden entschieden. Das Gericht kann somit nur überprüfen, ob diese Ablehnung unter Berücksichtigung der Sach- und Rechtslage im o.g. Zeitpunkt rechtmäßig erfolgte. Ob der Kläger Anspruch auf andere Leistungen hat, zB auf Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung, insbesondere auf medizinische Vorsorgeleistungen, vgl. [§§ 11 Abs. 1 Nr. 2](#), 23 SGB V, ist hier nicht zu entscheiden.

Der Kläger ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert, mithin Versicherter im Sinne des [§ 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#). Weiterhin ist der Kläger behindert, vgl. hierzu [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#). Dies ergibt sich aus den beigezogenen Gutachten vom 7. Mai und 1. Juli 2003 sowie aus dem in diesem Verfahren erstatteten Gutachten vom 12. Februar 2005. Weiterhin wird insoweit auf die o.g. Feststellungen des Versorgungsamtes und die Entscheidung des erkennenden Gerichtes im Verfahren S 13 SB 234/02 verwiesen. Ob Leistungen zur medizinischen Rehabilitation notwendig und vor allem geeignet sind, um die in [§ 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) genannten Ziele zu erreichen, erscheint u.a. angesichts der teilweise altersbedingten und irreversiblen Erkrankungen sowie der daraus resultierenden möglicherweise schwer zu beeinflussenden Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit des Klägers zweifelhaft. Nähere Erörterungen hierzu bedarf es jedoch nicht. Denn nach dem Ergebnis der medizinischen Beweisaufnahme konnte nach Überzeugung der Kammer jedenfalls nicht nachgewiesen werden, dass für den Kläger Leistungen über die erste der o.g. Stufen hinausgehend erforderlich sind. Damit sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation kraft Gesetzes ausgeschlossen. Tatsachen sind bewiesen, wenn sie in so hohem Grade wahrscheinlich sind, daß alle Umstände des Falles nach vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens und nach der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet sind, die volle richterliche Überzeugung zu begründen, so zB BSG, Urteil vom 8. August 2001 - B 9 [V 23/02 B](#) - [SozR 3-3900 § 15 Nr. 4](#). Gesetzlich normierte Milderungen der Beweisanforderungen gibt es in diesem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung nicht.

Nach den Ausführungen des Sachverständigen im Gutachten vom 12. Februar 2005 ist der Kläger unverändert relativ gut belastbar. Über den normalen Alterungsprozeß hinausgehende negative Folgen oder Gefahren bestehen danach nicht. Eine gesunde Ernährungs- und Lebensweise mit täglicher körperlicher Betätigung werde aus medizinischer Sicht empfohlen. Weitere medizinisch indizierte Empfehlungen seien nicht erforderlich. Der Kläger verfüge über eine altersentsprechend akzeptable Gesamtleistungsfähigkeit. Eine Rehabilitationsmaßnahme sei nicht zu empfehlen und würde die Gesamtsituation nicht verändern. Die ambulanten Möglichkeiten der ärztlichen und medizinischen Behandlung seien ausreichend. Unter Berücksichtigung dessen besteht beim Kläger keine Rehabilitationsbedürftigkeit, vgl. hierzu zB § 8 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Bundesanzeiger Nr. 63 (S. 6769) vom 16. März 2004.

Die Kammer folgt den gutachtlichen Ausführungen des Sachverständigen. Denn sie sind schlüssig und überzeugend. Mängel an einer ordnungsgemäßen Begutachtung (Auswertung der Akten, Anamnese, Befunderhebung, Beurteilung der Befunde, Diagnostik, Beurteilung der Krankheiten und deren Folgen mit Blick auf die Fragestellung) sind nicht erkennbar. Im Gegenteil. Die Ausführungen des Sachverständigen werden durch die vorhergehenden aktenkundigen medizinischen Stellungnahmen und den Vortrag des Klägers bekräftigt. Danach hat sich der gesundheitliche Zustand des Klägers seit 2002 stabilisiert und somit verbessert. Aufgrund der Untersuchung am 26. April 2002 wurde von den behandelnden Ärzten der Herzzentrum D. GmbH Universitätsklinik noch der dringende Verdacht auf eine Progression der bekannten koronaren Herzerkrankung geäußert. Eine Kontroll-Herzkatheteruntersuchung wurde trotz Hinweis auf mögliche, auch vitale, Konsequenzen einer Ablehnung der Untersuchung vom Kläger nicht gewünscht, vgl. Epikrise vom 6. Mai 2002. Soweit aus heutiger Sicht nachvollziehbar, bestanden damals berechnete Bedenken an der Rehabilitationsfähigkeit (vgl. hierzu zB § 9 der o.g. Richtlinien) des Klägers. Nähere Erörterungen hierzu sind allerdings ebenso entbehrlich. Denn der Kläger beehrt für die Zukunft Sachleistungen der Beklagten. Kostenerstattungen für bereits erbrachte bzw. in Anspruch genommene Leistungen sind nicht streitig. Auch deshalb kommt es auf den derzeitigen Zustand des Klägers an, vgl. bereits oben zum entscheidenden Zeitpunkt zur Beurteilung der Sach- und Rechtslage.

Der o.g. Verdacht hat sich nicht bestätigt. Dies ergibt sich aus der Epikrise vom 20. Oktober 2003 der Ärzte o.g. Universitätsklinik ("momentan findet sich kein sicherer Anhalt für eine Progredienz der koronaren Herzerkrankung") und die insoweit übereinstimmenden Angaben des Klägers im Termin zur mündlichen Verhandlung. Weiterhin besteht nach den Ausführungen des ebenso behandelnden Facharztes für Innere Medizin, Dipl. Med. A., im (undatierten) Befundbericht vom August 2003 beim Kläger ein stabiler Gesundheitszustand. Eine (Kontroll-) Vorstellung des Klägers bei ihm erfolge einmal im Quartal. Weiterhin ist der Kläger bei Dipl.-Med. B. in hausärztlicher Behandlung. Sonstige (ambulante) Krankenbehandlungen sind, abgesehen von der im Termin zur mündlichen Verhandlung mitgeteilten Kontrolluntersuchung in o.g. Universitätsklinik, weder vorgetragen noch aktenkundig. Selbst der Kläger räumt ein, dass sich sein gesundheitlicher Zustand in den letzten Jahren gefestigt hat. Erhebliche und / oder altersbezogen untypische gesundheitliche Beschwerden des Klägers sind ebenso dem Gutachten des Sachverständigen nicht zu entnehmen. Wesentliche und / oder altersbezogen untypische Aktivitäts- oder Teilhabestörungen sind auch sonst nicht erkennbar. Der betagte Kläger lebt im eigenen Haushalt. Seine "häusliche Wirtschaft" bewältigt er selbst, wenn auch mit "ach und krach", vgl. die Ausführungen des Sachverständigen. Haushaltshilfe benötigt er nur bei körperlich schweren Erledigungen. Fremde Hilfe ist ebenso für die Klärung und Durchsetzung persönlicher Angelegenheiten nicht erforderlich. Sämtliche der in den letzten Jahren beim erkennenden Gericht anhängigen (S 24 RA 84/02) bzw. anhängig gewesenen Verfahren (S 13 SB 234/02 und dieses Verfahren) konnte der engagierte und (nicht nur geistig) agile Kläger ohne Einschränkungen allein betreiben. Dabei war er auch in der Lage, die selbst verfassten Stellungnahmen jeweils persönlich beim Gericht abzugeben, vgl. hierzu zB die Auflistung im gerichtlichen Schreiben vom 19. April 2005 im Zusammenhang mit der beantragten und vom Gericht von der Vorlage einer ärztlichen Bestätigung abhängig gemachten Übernahme der Kosten für eine Begleitperson für das angeordnete Erscheinen des Klägers zum Termin zur mündlichen Verhandlung. Unter Berücksichtigung der vorgenannten Umstände konnte sich die Kammer insgesamt betrachtet nicht davon überzeugen, dass Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung nicht ausreichen, um die Behinderungen des Klägers (zumindest) zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Im Termin zur mündlichen Verhandlung andeutungsweise erkennbare Defizite beim Kläger über das Spektrum entsprechender Leistungen können bei Bedarf und bestehender Motivation zB in einem persönlichen Beratungsgespräch bei der Beklagten oder den behandelnden Ärzten beseitigt werden.

Somit ist ein Anspruch des Klägers auf stationäre Rehabilitationsleistungen ausgeschlossen. Die Zuständigkeit anderer Rehabilitationsträger hierfür ist nicht erkennbar.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 183, 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2006-07-14