

## S 5 KR 191/16

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

SG Karlsruhe (BWB)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 5 KR 191/16

Datum

23.05.2016

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Führt der Versicherte seit über 18 Monaten eine Substitutionstherapie durch, so folgt daraus nicht, er befinde er in einer Phase „akuter“ Behandlungsbedürftigkeit, in der nach [§ 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB VI](#) keine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu erbringen sind.

1. Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheids vom 13.5.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 20.12.2015 verurteilt, dem Kläger stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu gewähren. 2. Die Beklagte hat dem Kläger dessen außergerichtliche Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist ein Anspruch auf eine stationäre Rehabilitation.

Der 1974 geborene Kläger arbeitete bis 1994 als Bauhelfer, anschließend von Januar 1998 bis September 2001 als Maschinenbediener. Nach Arbeitslosigkeit und sehr kurzzeitigen Tätigkeiten war er von Dezember 2004 bis Mai 2005 als Spielhallenaufsicht beschäftigt. Es folgten nur noch zwei versicherungspflichtige Beschäftigungen: im Jahr 2006 für zehn Wochen und im Jahr 2008 für sechs Wochen (als Produktionshelfer). Ansonsten war der Kläger geringfügig beschäftigt. Seit Januar 2011 ist er durchgehend arbeitslos.

Am 24.4.2015 beantragte der Kläger bei der DRV Baden-Württemberg stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke. Diesen Antrag leitete die DRV Baden-Württemberg am 5.5.2015 an die Beklagte weiter, die Krankenkasse des Klägers.

Nachdem die Beklagte eine Stellungnahme des MDK eingeholt hatte, lehnte sie mit Bescheid vom 13.5.2015 die beantragte stationäre Rehabilitation ab. Zur Begründung gab sie an, die Kosten für eine stationäre Rehabilitation könnten nur dann übernommen werden, wenn sich das Behandlungsziel nicht durch ambulante Maßnahmen erreichen lässt. Außerdem müsse die Reha-Maßnahme Erfolg versprechen. Diese Voraussetzungen lägen hier nicht vor: Nach Einschätzung des MDK genügten beim Kläger ambulante Maßnahmen, nämlich Suchtberatung, Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe und psychiatrische Mitbehandlung. Im Übrigen fehle es an eigener Motivation des Klägers; dies spreche gegen eine positive Rehabilitationsprognose.

Hiergegen legte der Kläger am 27.5.2015 Widerspruch ein. Er machte geltend, entgegen der Auffassung der Beklagten habe er eine hohe eigene Motivation: Seine Drogen- und Spielsucht führe zu finanziellen und seelischen Problemen, unter denen er sehr leide, ebenso seine Familie. Seine Ehefrau sei ebenfalls drogenabhängig. Die gemeinsamen Kinder seien in einer Wohngruppe untergebracht, solange sie, die Eltern, ihre Drogenprobleme nicht in den Griff bekommen. Allein schaffe er dies nicht. Er habe den Wunsch, ein suchtfreies Leben zu führen. Nach einer erfolgreichen Therapie wolle er wieder arbeiten und seinen Lohn dann sinnvoll verwenden anstatt ihn zu verspielen. Er habe noch nie eine stationäre Rehabilitation absolviert. Angesichts dessen denke er, dass er eine Chance verdient habe. Ideal wäre eine Paartherapie zusammen mit seiner Ehefrau. Die DRV habe seiner Frau bereits eine stationäre Rehabilitation bewilligt.

Die Beklagte holte daraufhin zwei weitere Stellungnahmen des MDK (vom 15.7. und 9.11.2015) ein und wies den Widerspruch sodann mit Widerspruchsbescheid vom 21.12.2015 zurück. Zur Begründung führte sie aus, zwar sei ein Rehabilitationsbedarf nachvollziehbar; ein Erfolg der Rehabilitation erscheine aber zweifelhaft. Wegen des Fehlens eines positiven Substitutionsverlaufs lasse sich der aktuelle Drogenkonsum des Klägers nicht abschätzen. Das Zentrum für Psychiatrie in M. habe am 27.3.2015 eine fachpsychiatrische Behandlung für erforderlich gehalten – und zwar nicht durch einen Mitarbeiter der Suchtberatungsstelle, sondern durch einen externen Arzt.

Mit der am 18.1.2016 erhobenen Klage verfolgt der Kläger seinen Antrag weiter. Er trägt ergänzend vor, er befinde sich in ambulanter Behandlung bei mehreren Ärzten. Es sei indes fraglich, ob die ambulante Behandlung ausreicht, um seine Drogen- und Spielsucht zu heilen. Seine Ärzte würden daher eine stationäre Behandlung empfehlen. Im Gegensatz zur Beklagten bescheinigten ihm seine Ärzte auch eine ausgeprägte eigene Motivation.

Der Kläger beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 13.5.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21.12.2015 zu verurteilen, ihm eine stationäre medizinische Rehabilitation zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat nicht weiter zur Sache vorgetragen.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Vernehmung der sachverständigen Zeugen Dr. E. (Aussage vom 7.3.2016), Dr. H. (Aussage vom 14.3.2016) und Dr. K. (Aussage vom 17.3.2016). Wegen des Inhalts der Beweisaufnahme und der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Prozessakte sowie die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1) Die Klage ist zulässig und begründet. Der Kläger hat gegenüber der Beklagten einen Anspruch auf stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Anspruchsgrundlage ist [§ 9 i.V.m. § 13 Abs. 1](#) und [§ 15 Abs. 2 SGB VI](#). Die Regelung gehört nicht zum Krankenversicherungsrecht, sondern zum Rentenversicherungsrecht. Gleichwohl ist sie von der beklagten Krankenkasse im vorliegenden Fall anzuwenden. Denn leitet der erstangegangene Rehabilitationsträger einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe innerhalb von zwei Wochen weiter (so wie hier die DRV), muss gemäß [§ 14 Abs. 2 S. 3 SGB IX](#) der Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet worden ist, den Antrag abschließend und umfassend prüfen – auch hinsichtlich solcher Rechtsgrundlagen, für die er "eigentlich" nicht zuständig ist (Joussen in: LPK-SGB IX, 4. Aufl., § 14 Rdnr. 11). Beantragt der Versicherte eine stationäre Rehabilitation, so ist die Anspruchsgrundlage des Rentenversicherungsrechts vorrangig gegenüber derjenigen des Krankenversicherungsrechts ([§ 40 Abs. 4 SGB V](#)).

Gemäß [§ 9 Abs. 2 SGB VI](#) kann der Rehabilitationsträger Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind; dies ist hier der Fall (dazu a und b). Ausschlussgründe liegen nicht vor (dazu c). Bei der Auswahl der Leistung ist das Ermessen der Beklagten auf stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation reduziert (dazu d).

a) Der Kläger erfüllt die persönlichen Voraussetzungen des [§ 10 Abs. 1 SGB VI](#).

Nach dieser Vorschrift haben die persönlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe u.a. Versicherte erfüllt, (1.) deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung gemindert ist und (2.) bei denen voraussichtlich die geminderte Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann.

So verhält es sich hier:

aa) Die Erwerbsfähigkeit des Klägers ist gemindert.

"Erwerbsfähigkeit" meint die Fähigkeit des Versicherten, seinen bisherigen Beruf oder seine bisherige Tätigkeit weiter auszuüben (BSG, [SozR 4-2600 § 10 Nr. 1](#) Rdnr. 15). Dieser Maßstab gilt auch dann, wenn die bisherige Berufstätigkeit keine Ausbildung voraussetzte (BSG, a.a.O., Rdnr. 18). Bei der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit ist grundsätzlich auf die zuletzt ausgeübte Beschäftigung abzustellen (Luthe in: jurisPK-SGB VI, § 10 Rdnr. 32), es sei denn, diese dauerte nur wenige Monate und war nicht geeignet, auf dem Arbeitsmarkt verwertbare Fertigkeiten zu vermitteln (vgl. BSG, [SozR 4-2600 § 10 Nr. 1](#) Rdnr. 19). Einzubeziehen sind ggf. auch weitere berufliche Tätigkeiten der letzten Jahre, wenn auch nicht aus allzu lang zurückliegender Zeit ([BSGE 49, 263, 267](#)). Hat der Versicherte hingegen in den letzten zehn Jahren keine relevante Beschäftigung verrichtet, bemisst sich die Erwerbsfähigkeit nicht anhand eines bestimmten Berufs; maßgeblich ist dann vielmehr der allgemeine Arbeitsmarkt (Sächsisches LSG, Urteil vom 7.1.2014, [L 5 R 626/12](#), Rdnr. 19 – nach Juris).

Der Kläger war letztmals von Januar 1998 bis September 2001 für einen längeren Zeitraum versicherungspflichtig beschäftigt; danach folgten nur noch kurzdauernde oder geringfügige Beschäftigungen. Seit September 2001 sind nahezu 15 Jahre verstrichen. Angesichts dessen ist die Erwerbsfähigkeit des Klägers nicht mehr anhand einer konkreten Tätigkeit zu prüfen; vielmehr kommt es auf seine Fähigkeit an, eine (beliebige) leichte Erwerbstätigkeit vollschichtig auszuüben. Hierzu ist der Kläger derzeit nicht in der Lage:

Nach der Aussage des behandelnden Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. E. leidet der Kläger an einer chronischen Abhängigkeit von Opioiden bei multiplem Substanzgebrauch; zusätzlich besteht eine Spielsucht. Aufgrund der Suchtmittelabhängigkeit führt Dr. E. eine tägliche Substitutionsbehandlung durch. Die Behandlung dauert nach Angabe des Klägers (in der mündlichen Verhandlung) weiter an – wenn auch mit etwas reduzierter Dosis. Hingegen besteht nach Aussage des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. K. keine sonstige psychische Erkrankung im Sinne einer Komorbidität.

Wegen der fortdauernden Notwendigkeit einer täglichen Substitution ist der Kläger aktuell noch nicht in der Lage, eine Erwerbstätigkeit vollschichtig auszuüben. Für die Kammer überzeugend geht die DRV Baden-Württemberg davon aus, der Kläger sei derzeit voll erwerbsgemindert (Schreiben vom 1.3.2016). Auch der MDK sieht in seiner Stellungnahme vom 9.11.2015 einen "Rehabilitationsbedarf"

(wobei offen bleibt, anhand welchen Maßstabs der MDK dies beurteilt).

bb) Nach Überzeugung der Kammer ließe sich die geminderte Erwerbsfähigkeit des Klägers durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation voraussichtlich wesentlich verbessern oder wiederherstellen.

Ob sich die Rehabilitationsziele "voraussichtlich" erreichen lassen, ist prognostisch anhand der Umstände des Einzelfalls zu beurteilen. Grundsätzlich muss mehr für einen Erfolg der Rehabilitation sprechen als dagegen. Allerdings dürfen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht allein deshalb abgelehnt werden, weil Zweifel am Erfolg verbleiben. Dies gilt insbesondere bei Leistungen für Drogenabhängige; denn in diesen Fällen ist der Behandlungsverlauf typischerweise unsicher. Um diesen Personenkreis nicht von vornherein von Rehabilitationsleistungen auszuschließen, sind an die Erfolgsaussichten keine übertriebenen Anforderungen zu stellen. Ein Anspruch scheidet deshalb nur dann aus, wenn von vornherein keine Chance besteht, die Rehabilitationsziele zu erreichen. Dies kommt insbesondere in Betracht, wenn es dem Versicherten an einer positiven Einstellung zur medizinischen Rehabilitation fehlt und er nicht am Verfahren mitwirkt oder er in der Vergangenheit Rehabilitationsleistungen abgebrochen hat (Luthe in: jurisPK-SGB VI, § 10 Rdnr. 60 f. und 73).

Der Kläger hat noch nie stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch genommen. Angesichts dessen gibt es in seinem Fall keine gescheiterten Reha-Maßnahmen, die den Schluss zuließen, eine (erneute) Reha-Maßnahme werde wiederum keinen Erfolg bringen. Wie das Klageverfahren belegt, ist der Kläger sehr an einer stationären Rehabilitation interessiert; dies spricht für eine hohe Motivation. Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass er den Antrag nur auf Aufforderung Dritter gestellt hat. Der Kläger ist erst 41 Jahre alt, also noch weit von der Regelaltersgrenze entfernt. Auch steht sein Gesundheitszustand nicht für alle Zeit jeglicher Erwerbstätigkeit entgegen; so geht die DRV Baden-Württemberg von einer bloß befristeten Erwerbsminderung aus (Schreiben vom 1.3.2016). Vor diesem Hintergrund erscheint es der Kammer durchaus möglich, dass die Erwerbsfähigkeit des Klägers durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation soweit gebessert wird, dass er mittelfristig wieder in der Lage ist, einer Erwerbstätigkeit vollschichtig nachzugehen.

b) Nach Angaben der DRV Baden-Württemberg hat der Kläger die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des [§ 11 SGB VI](#) für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erfüllt (Schreiben vom 1.3.2016). Dies wird von der Beklagten nicht bestritten.

c) Es bestehen keine Ausschlussgründe nach [§ 12](#) oder [§ 13 Abs. 1 SGB VI](#).

Zu erwägen, im Ergebnis aber nicht einschlägig ist hier allenfalls [§ 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB VI](#). Nach dieser Vorschrift erbringt der Rehabilitationsträger keine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit. Dies ist bei einer rehabilitationsbedürftigen Suchterkrankung der Fall, solange noch eine "Entgiftung" stattfindet (BSG, Urteil vom 14.3.2002, [B 13 RJ 17/01 R](#), Rdnr. 21 – nach Juris). Gemeint ist damit ein kurzer und heftiger Drogen- oder Alkoholzug; andernfalls wäre es keine Phase nur "akuter" Behandlungsbedürftigkeit.

Zwar führt der Kläger wegen seiner Opiatabhängigkeit weiterhin eine Substitutionsbehandlung durch. Hierbei handelt es sich aber um keine "akute" Krankenbehandlung, sondern um eine dauerhafte Therapie: Eine Substitutionsbehandlung erfolgt mit gesetztes- und richtlinienkonform verordneten Medikamenten. Ihr Ziel besteht darin, entweder in absehbarer Zeit eine dauerhafte Substanzfreiheit herbeizuführen oder im Sinne einer Dauersubstitution eine Schadensminimierung anzustreben und damit den Gesundheitszustand und die soziale Situation des Patienten deutlich zu verbessern und gleichzeitig Schaden von der Gesellschaft abzuwenden (Wikipedia / Stichwort: Substitutionstherapie Opiatabhängiger). Die Substitutionsbehandlung des Klägers bei Dr. E. begann am 14.11.2014; sie dauert also schon über 18 Monate an. Keinesfalls lässt sich eine solch langdauernde Therapie noch als Phase "akuter" Behandlungsbedürftigkeit verstehen.

d) Der Kläger hat einen Anspruch auf stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Der Rehabilitationsträger bestimmt im Einzelfall unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Rehabilitationsleistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen ([§ 13 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#)). Zwar besteht im SGB VI – anders als im SGB V – kein ausdrücklicher Vorrang von ambulanten Leistungen vor stationären Leistungen. Sind aber ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in gleicher Weise wie stationäre Leistungen (nach [§ 15 Abs. 2 SGB VI](#)) geeignet, um den Zweck der Rehabilitation zu erreichen, so sollen ausschließlich ambulante Leistungen erbracht werden; dies folgt aus dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit ([BT-DruckS 13/4610 Seite 21](#); Kater in: KassKomm, [§ 15 SGB VI](#) Rdnr. 50; Günniker in: Hauck/Noftz, SGB VI, § 15 Rdnr. 80; Hirsch in: LPK-SGB VI, 3. Aufl., § 15 Rdnr. 8). Der Vorrang ambulanter Leistungen gilt hingegen nicht, wenn stationäre Leistungen im konkreten Fall besser geeignet sind; in einer solchen Konstellation wäre die Bewilligung ambulanter Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ermessensfehlerhaft.

Wie erwähnt, führt der Kläger mittlerweile seit über 18 Monaten eine Substitutionsbehandlung bei Dr. E. durch. Darüber hinaus hat er im Jahr 2015 begleitend Gesprächstermine bei der Fachstelle Sucht der B. wahrgenommen. Dennoch ist es ihm bisher nicht gelungen, gänzlich ohne substituierende Medikamente zu leben. Vor diesem Hintergrund erscheint die Auffassung der Beklagten nicht nachvollziehbar, die bloße Fortsetzung der bisherigen Therapie reiche aus. Eine fachpsychiatrische Behandlung – wie sie vom MDK ins Spiel gebracht wurde – ist nicht zielführend; denn der Kläger leidet an gar keiner psychischen Erkrankung. Die Kammer folgt daher Dr. K. und Dr. H., die in ihren Aussagen als sachverständige Zeugen die Notwendigkeit gerade einer stationären Rehabilitation betonen.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-02-23