

L 11 KR 4805/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 8 KR 3518/06
Datum
16.08.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 4805/07
Datum
30.01.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 16. August 2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist die Kostenerstattung einer vom 9. bis 25. August 2006 durchgeführten stationären Rehabilitationsmaßnahme in Höhe von 1.744,- EUR streitig.

Der 1948 geborene Kläger ist bei der Beklagten als Rentner gesetzlich krankenversichert und erhält Leistungen der Grundsicherung. Er leidet seit 1997 progredient an Störungen des Gangbildes und Sensibilitätsstörungen im Bereich des linken Beines. Wegen der linksbetonten inkompletten spastischen Paraparese und den distalen Sensibilitätsstörungen bei vermutlich latenter Lyme-Borreliose befand er sich vom 5. bis 25. August 2005 zur medizinischen Rehabilitation in der Fachklinik E ... Ausweislich des Entlassungsberichts konnte eine Neuroborreliose ausgeschlossen werden. Durch den Einsatz der Physiotherapie, des Ergometertrainings, der medizinischen Bäder und der Kneippgüsse und nach lokaler Applikation der speziellen detonisierenden Massagen habe eine leichte Besserung der Beschwerden erreicht werden können. Der Kläger habe nach intensivem Gang- und Gleichgewichtstraining eine Gehstrecke von 300 m mit mehreren Pausen bewältigen können. Trotz der nur geringen Verbesserungen sei er auf eigenen Wunsch nach nur dreiwöchiger Behandlung entlassen worden.

Am 16. Mai 2006 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Gewährung einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme. Den Antrag leitete diese zuständigkeitshalber an die D. R. B. (DRV B.) weiter. Der behandelnde Allgemeinmediziner Dr. W. gab in dem ärztlichen Befundbericht zum Rehabilitationsantrag an, der Kläger leide unter chronischer Borreliose, spastischer Paraparese und Polyneuropathie. Die Symptomatik verschlimmere sich zusehends und sei ambulant nicht mehr ausreichend behandelbar. Bisher seien multiple Antibiotikabehandlungen, neurologische Untersuchungen und Krankengymnastik durchgeführt worden. Es werde daher eine Rehabilitationsbehandlung in der Reha-Klinik in N. wegen der dortigen Möglichkeiten einer hyperbaren Sauerstofftherapie vorgeschlagen.

Mit Bescheid vom 20. Juni 2006 lehnte die DRV B. den Reha-Antrag ab, da die Erwerbsfähigkeit des Klägers durch die beantragte Leistung nicht wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden könne. Auch nach den Leistungsgesetzen eines anderen Rehabilitationsträgers liege kein Rehabilitationsbedarf vor. Hiergegen erhob der Kläger Widerspruch.

Außerdem beantragte er am 7. Juli 2006 bei der Beklagten erneut die Gewährung der stationären Rehabilitationsmaßnahme in der Klausenbach-Klinik in N. mit der Begründung, die Krankheitssymptomatik verschlechtere sich mit eventuell resultierender Gangunfähigkeit und Bettlägerigkeit. In seinem ärztlichen Bericht gab Dr. W. noch an, dass wegen der Progredienz der Beschwerden eine Rehabilitationsmaßnahme vor Ablauf der Wartefrist von 4 Jahren medizinisch dringend notwendig sei.

Der von der Beklagten eingeschaltete medizinische Dienst der Krankenversicherung B.-W. (MDK) führte aus, dass zwar die bestehende Symptomatik und deren Verschlechterung bei unklarer Ursache der Beschwerden nachvollziehbar seien, die Maßnahmen der Akutbehandlung jedoch nicht ausgeschöpft wären. Eine vorzeitige Reha-Maßnahme sei nicht zielführend, vorrangig sei eine erneute Evaluation der Situation (u.a. auch Ausschluss/Klärung einer psychogenen Mitverursachung) und gegebenenfalls eine Akutbehandlung, falls notwendig auch mittels Krankenhausbehandlung in einer neurologischen Klinik - Behandlungsbereitschaft des Patienten vorausgesetzt

(Gutachten Dr. G.).

Mit Bescheid vom 21. August 2006 lehnte die Beklagte daraufhin den Reha-Antrag ab.

In der Zeit vom 9. bis 25. August 2006 befand sich der Kläger auf eigene Kosten in der Fachklinik K. in N. zur stationären Rehabilitation. Ausweislich des Entlassungsberichts wurde bei ihm u.a. eine Neuroborreliose mit linksbetonter inkompletter spastischer Paraparese und distaler Sensibilitätsstörung diagnostiziert. Der Kläger habe sich bei Aufnahme in einem reduzierten Allgemeinzustand bei deutlich atrophierter Muskulatur an beiden Beinen befunden. Sämtliche Anwendungen (u.a. hyperbare Sauerstofftherapie mit Tauchtiefen von 5 m und Ganzkörperhyperthermie) seien gut vertragen worden und hätten subjektiv eine sehr positive Wirkung entfaltet. Der Kläger habe kurze Strecken ohne Gehhilfe zurücklegen können. Weitergeführt werden sollten krankengymnastische Übungen, Gehtraining, sensomotorisches Training und Sensibilitätsstraining.

Seinen gegen den Ablehnungsbescheid der Beklagten eingelegten Widerspruch begründete der Kläger damit, dass er sich wegen drastischer Verschlechterung seines Krankheitsbildes in die Klinik K. begeben habe. Der Reha-Antrag habe zu dieser Zeit noch beim MDK gelegen. Durch die Sauerstofftherapie sei es zu einer Besserung seines Gesundheitszustandes gekommen. Das Bundesverfassungsgericht habe im Dezember 2005 deutlich gemacht, dass auch gesetzliche Krankenkassen alternative Behandlungsmethoden bezahlen müssten. Seine Borreliose-Erkrankung führe häufig zu falschen Diagnosen. Er verlange Kostenerstattung und die Durchführung weiterer 5 Wochen dringend notwendiger Sauerstofftherapie. Nach dem beigefügten Arztbrief von Dr. W. hat dieser den Kläger nur deswegen in die Klinik K. eingewiesen, da in Akutkrankenhäusern "alternative" Behandlungsmethoden wie die hyperbare Sauerstofftherapie nicht angeboten würden. Der Kläger habe deswegen die Maßnahme zunächst selber finanzieren müssen und hierdurch erstmals eine Besserung seiner Beschwerden erreichen können. Seine Mobilität, die Schmerzen und Leistungsfähigkeit hätten sich um 30 % gebessert. Kosten müssten erstattet werden, nachdem die klassischen Behandlungsmethoden bei dem Kläger versagt hätten. Beigefügt war die Rechnung vom 28. August 2006.

Mit Widerspruchsbescheid vom 23. November 2006 wies die Beklagte den Widerspruch mit der Begründung zurück, es sei dem Kläger zumutbar gewesen, den Bescheid abzuwarten. Außerdem sei die stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht medizinisch notwendig gewesen und die hyperbare Sauerstofftherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen.

Mit seiner dagegen beim Sozialgericht Konstanz (SG) erhobenen Klage machte der Kläger geltend, ihm habe von der Beklagten damals niemand sagen können, wie lange die Antragsbearbeitung noch dauern werde. Mittlerweile habe er sich in der neurologischen Abteilung in der W.-Klinik in K. im März 2007 behandeln lassen. Der behandelnde Arzt habe die Diagnosen aus dem Bundeswehrkrankenhaus aus dem Jahr 2005 übernommen und seine Krankheit verkannt. Er leide tatsächlich nur unter einer aktiven chronischen Borreliose.

Mit bestandskräftigem Widerspruchsbescheid vom 15. Dezember 2006 wies die DRV B. den gegen ihre Entscheidung erhobenen Widerspruch zurück.

Mit Urteil vom 16. August 2007, dem klägerischen Bevollmächtigten zugestellt am 18. September 2007, wies das SG die Klage mit der Begründung ab, es fehle an dem erforderlichen Kausalzusammenhang der Leistungsablehnung nach §§ 13 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), 15 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX), denn der Kläger habe die streitige Behandlung am 9. August 2006 angetreten, ohne die Entscheidung der Beklagten abzuwarten. Eine Einflussnahme der Beklagten etwa auf den Ort und die konkrete Einrichtung der Maßnahme sei somit nicht mehr möglich gewesen, da sich der Kläger endgültig auf eine bestimmte Leistungsform festgelegt habe. Die Leistung sei auch nicht unaufschiebbar gewesen. Dies zeige bereits der Zeitraum zwischen dem Antrag und dem Antritt der Maßnahme. Dr. W. habe am 7. August 2006, 2 Tage vor Maßnahmeantritt, nur allgemein von einer Progredienz der Leiden, nicht aber von einer in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang erforderlichen Behandlung gesprochen. Auch aus dem Entlassungsbericht gehe keine notfallmäßige Aufnahme und kein besonders gravierender Aufnahmebefund hervor. Außerdem diene eine Rehabilitationsmaßnahme allgemein nicht der Akut- oder Notfallbehandlung, sondern der längerfristigen Krankheitsheilung oder Pflegebedürftigkeitsabwendung unter Einbeziehung mehrerer Berufsgruppen, um letztlich eine soziale (Wieder-) Eingliederung (und möglichst auch Arbeitsfähigkeit) gewährleisten zu können. Dass der Kläger seinen ersten Antrag bereits im Mai 2006 gestellt habe, führe zu keiner anderen Einschätzung. Die Beklagte habe den Antrag innerhalb der Zweiwochenfrist nach § 14 Abs. 1 SGB IX weitergeleitet, so dass nun der Rentenversicherungsträger zuständig sei. Der Rentenversicherungsträger habe sodann über den Antrag umfassend entschieden und diesen abgelehnt. Der Kläger habe die Ablehnung bestandskräftig werden lassen und könne sich somit auch nicht mehr auf diesen Antrag berufen. Neben den formalen Gründen scheitere der Antrag auf Kostenerstattung auch daran, dass die Voraussetzungen für eine medizinische Rehabilitation bei dem Kläger nicht vorlägen. Zu Recht habe der MDK darauf hingewiesen, dass bei den teilweise widersprechenden Vorbefunden noch nicht die Krankenbehandlung bzw. Krankheitsdiagnostik erschöpfend durchgeführt worden wäre. Auch habe die neurologische Abteilung der W.-Klinik nach Angaben des Klägers ebenfalls die Diagnose der Neuroborreliose, die in dem Reha-Entlassungsbericht der K.-Klinik geäußert worden wäre, nicht bestätigen können. Außerdem habe die Maßnahme rückwirkend nicht den eigentlich notwendigen längerfristigen Erfolg gezeigt. Zwar habe der Kläger selbst angegeben, dass sich seine Beschwerden um 30 % gemindert hätten. Bereits im Oktober 2006, d. h. weniger als zwei Monate nach dem Aufenthalt in der K.-Klinik, habe er freilich eine weitere hyperbare Sauerstoffbehandlung über fünf Wochen für dringend notwendig erachtet. Er habe dem Gutachter der DRV B. Dr. G. im Verfahren vor dem Rentenversicherungsträger gegenüber geäußert, dass er sich ohne Gehhilfen überhaupt nicht mehr fortbewegen könne. Danach könne nicht mehr davon ausgegangen werden, dass die auf eigene Kosten durchgeführte Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig gewesen wäre, zumal seit der zuletzt gewährten Rehabilitation in der Fachklinik E. erst ein Jahr vergangen sei. Zu keinem anderen Ergebnis führe schließlich der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005. Es fehle bei dem Kläger bereits an einem entsprechenden Krankheitsbild. Die bei dem Kläger vorliegende Erkrankung sei zwar schwer, jedoch sei weder vorgetragen noch ersichtlich, dass sie akut lebensbedrohlich sei oder in Kürze regelmäßig tödlich verlaufen werde.

Mit seiner dagegen am 5. Oktober 2007 eingelegten Berufung macht der Kläger geltend, er leide an einer Borreliose Stadium IV, so dass er dringend auf alternative Therapien wie die hyperbare Sauerstofftherapie angewiesen sei. Er hat hierzu Befundberichte des Neurologen und Psychiaters Dr. Z., des Augenarztes Dr. R. und des Laborzentrums E.-K. vorgelegt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 16. August 2007 sowie den Bescheid vom 21. August 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. November 2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten für die vom 9. bis 25. August 2006 durchgeführte Reha-Maßnahme in Höhe von 1.744,- EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist darauf, dass die hyperbare Sauerstofftherapie zu den Leistungen gehöre, die ausdrücklich von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen seien (siehe BUB-Richtlinien gemäß [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB V -, Anlage B Nr. 16). Außerdem handle es sich um eine Therapiemaßnahme, die in der Regel ambulant erbracht werde. Auch Dr. Z. habe gerade keine stationäre Behandlungsmaßnahme empfohlen. Die weiteren Befundberichte könnten die dringende medizinische Notwendigkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme nicht belegen. Das Vorliegen einer eindeutigen Diagnose sei die Mindestvoraussetzung einer jeglichen ärztlichen Therapie, führe aber nicht zwangsläufig zu einer bestimmten Behandlungsmethode (hier: stationäre Rehabilitation). Im übrigen seien die Befunde etwa ein Jahr nach dem Ende der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahme erhoben worden, so dass sie für die hier zu beantwortende Frage nach der medizinischen Dringlichkeit vor Beginn der bereits durchgeführten Maßnahme irrelevant seien.

Die Beteiligten wurden darauf hingewiesen, dass der Senat erwägt, nach [§ 153 Abs. 4](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss zu entscheiden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Gerichtsakten beider Rechtszüge verwiesen.

II.

Die nach den [§§ 143, 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat nach Anhörung der Beteiligten nach [§ 153 Abs. 4 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss entschieden hat, ist statthaft, da die erforderliche Berufungssumme von 500,- EUR überschritten wird ([§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#)) und damit insgesamt zulässig. Sie ist jedoch unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Er hat keinen Anspruch auf Erstattung der ihm durch die vorzeitig durchgeführte stationäre Rehabilitationsmaßnahme entstandenen Kosten.

Die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Kostenerstattung nach [§§ 13 Abs. 3 SGB V, 15 SGB IX](#) sowie den Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) sind im angefochtenen Urteil des SG zutreffend dargestellt. Hierauf wird zur Vermeidung von Wiederholungen verwiesen. Nach Auffassung des Senats ist die Berufung bereits aus den vom SG ausführlich dargestellten Gründen als unbegründet zurückzuweisen, insbesondere weil der vorgesehene Beschaffungsweg nicht eingehalten, d.h. die Reha-Maßnahme vor Bescheiderteilung angetreten wurde, und auch kein medizinischer Notfall vorliegt. Insoweit nimmt der Senat nach [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die zutreffenden Entscheidungsgründe des SG, denen er sich voll inhaltlich anschließt, Bezug und verzichtet auf deren erneute Darstellung.

Das Vorbringen des Klägers im Berufungsverfahren rechtfertigt keine andere Entscheidung. Der nervenärztliche Bericht von Dr. Z. befürwortet zwar die Durchführung einer hyperbaren Sauerstofftherapie, aber gerade keine stationäre Behandlungsmaßnahme. Dessen ungeachtet ist die hyperbare Sauerstofftherapie eine nach den BUB-Richtlinien (Anlage B Nr. 16) ausdrücklich von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossene Leistung, welches nach [§ 91 Abs. 9 SGB V](#) auch für den Versicherten verbindlich ist. Der Augenarztbericht von Dr. R. belegt alleine eine hypertoniebedingte Mikroangiopathie, mithin ein Krankheitsgeschehen, welches kein Anlass für die Durchführung der stationären Rehabilitationsmaßnahme war. Aus dem vorgelegten Laborbericht des Laborzentrums E.-K. könnte zwar auf eine Borreliose geschlossen werden, dieser Befundbericht liegt aber ein Jahr nach der hier streitigen Behandlung. Zum Zeitpunkt der Durchführung der Behandlung war aber noch unklar, an welcher Krankheit der Kläger leidet. Der MDK hat daher auch aus Sicht des Senats zutreffend gefordert, dass zunächst das Krankheitsbild des Klägers aufgeklärt werden müsse, bevor eine zielführende Behandlung in Angriff genommen werden kann. Dies wäre dann ohnehin zunächst eine ambulante Behandlung gewesen.

Anhaltspunkte dafür, dass die Behandlung aus Notfallgesichtspunkten erforderlich gewesen ist, hat bereits die erste Instanz zutreffend verneint. Der Senat weist hierzu ergänzend darauf hin, dass bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen denknötwendig eine Eilbedürftigkeit ausscheidet, diese kommt nur bei Akutbehandlungen in ambulanter oder stationärer Form in Betracht. Die Richtigkeit dessen wird auch durch den zeitlichen Verlauf der Behandlung, d. h. den Zeitraum zwischen Antragstellung und Antritt der Maßnahme, belegt.

Weiter folgt aus dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005 ([SozR 4-2500 § 27 Nr 5](#)) nichts anderes, denn der Kläger leidet nicht an einem entsprechenden Krankheitsbild. Es ist werde vorgetragen noch ersichtlich, dass seine Krankheit akut lebensbedrohlich ist oder in Kürze regelmäßig tödlich verlaufen wird.

Die Berufung konnte hiernach keinen Erfolg haben.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-01-30